

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

YOHANNA RAMIRES

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DE IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS E DA COMUNIDADE NA CIDADE DE CURITIBA-PR



CURITIBA

2017

YOHANNA RAMIRES

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DE IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS E DA COMUNIDADE NA CIDADE DE CURITIBA-PR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.  
Orientador: Prof. Dr. Roberto Pontarolo

CURITIBA

2017

Ramires, Yohanna

Avaliação da condição de saúde de idosos institucionalizados e da comunidade na cidade de Curitiba-PR / Yohanna

Ramires – Curitiba, 2017.

130 f. : il. ; 30 cm

Orientador: Professor Dr. Roberto Pontarolo

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós Graduação em Ciências

Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Idosos. 2. Fármacos. 3. Saúde. 4. Saúde mental. 5. Qualidade de vida.

I. Pontarolo, Roberto. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.97



## TERMO DE APROVAÇÃO

**YOHANNA RAMIRES**

**Título: "AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E DA COMUNIDADE NA CIDADE DE CURITIBA - PR"**

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção de grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, da Universidade Federal do Paraná, área de concentração: Insumos, medicamentos e correlatos.

Prof. Dr. Roberto Pontarolo  
Orientador, Departamento de Farmácia – UFPR

Profª. Dra. Maria Helena Lenardt – Departamento de  
Enfermagem – UFPR

Profª. Dra. Yanna Dantas Rattmann – Departamento de  
Saúde Comunitária – UFPR

Curitiba, 24 de março de 2017.

À minha mãe, pela dedicação e amor incondicionais.

Aos meus amigos, pela confiança e apoio.

A todos os idosos, inspiração do meu trabalho e futuro de todos nós!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço infinitamente a Deus e aos meus guias espirituais, por serem minha fortaleza e meu porto seguro em cada minuto da minha vida.

A minha mãe, por toda a sua determinação, dedicação e grandiosidade, por acreditar em mim, por lutar pela minha formação e por me permitir realizar sonhos. Agradeço imensamente, hoje e sempre pelo amor e carinho incondicionais.

A minha madrinha e ao meu padrasto, por me apoiarem em cada momento deste percurso e por me ajudarem a construir minha história.

Aos meus amigos, em especial Bernardo Domingues, Luiza Fernanda Mazur, Mariana Oliveira Borba, Vanessa Muraro e Leonardo Terêncio, pelo amor, incentivo e companhia que de maneira direta ou indireta contribuíram para a elaboração deste trabalho.

A Helena Hiemisch Lobo Borba e Fernanda Stumpf Tonin, amigas amadas, por toda a ajuda e dedicação ao trabalho e pelas incontáveis correções e estratégias de execução durante a realização deste projeto.

Aos amigos, que conheci durante o mestrado, por tornarem esta fase uma das mais lindas de minha vida: Allan Vinicius Félix Lourenço, Cibeli Martins, Fernando Rodrigues Góis, Melissa Raboni Alves Rodrigues, Priscila Lima de Araujo Scalercio, Vanessa Rodrigues de Souza, Vinicius Lins Ferreira, Wallace Entringer Bottacin e Wilton Hideki Kawaguchi.

Aos colegas do Grupo de Estudos de Avaliação de Tecnologias em Saúde - GEATS por toda colaboração pessoal e profissional durante esta caminhada: Aline Bonetti, Andrea Novack, Antônio Eduardo Matoso Mendes, Ariane Gonçalves Silva, Harli Pasquini Netto, Bruno Salgado Riveros, Camila Madeira, Carolina Giesel Garcia, Laiza Maria Steimbach, Leticia Leonart, Mariana Facchi, Suzane Virtuoso e Thais Piazza.

À Jean Paulo Godoi, secretário do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas - PPGCF, pela disposição e dedicação a todos os alunos do programa.

Ao Professor Fernando Fernandez-Llimós por toda a colaboração na execução do trabalho.

Ao orientador Professor Doutor Roberto Pontarolo, por quem tenho grande admiração, pela oportunidade e confiança depositada em mim para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos colegas da Assessoria de Informações Estratégicas da Unimed Curitiba pela confiança, apoio e compreensão das ausências e atrasos para finalização deste trabalho.

Às instituições de cuidado e aos pacientes idosos por permitirem a coleta de dados e, conseqüentemente, a realização deste estudo.

À CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior, pela concessão de bolsa de estudos.

## RESUMO

O envelhecimento populacional (EP) é uma realidade mundial, sendo este fenômeno reflexo de uma série de fatores, tais como aumento da longevidade aliada a menores taxas de natalidade e fecundidade e avanços na medicina. Com o EP, as causas principais de morte que eram as doenças agudas vêm sendo gradativamente substituídas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), de grande prevalência na parcela mais idosa da população, característica esta que faz a população idosa ser a principal consumidora de medicamentos no mundo. Tratar pessoas com características tão singulares exige preparo e capacitação de equipes de profissionais para atender estes indivíduos nos diversos níveis de atenção, seja na atenção primária a saúde, em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) e em hospitais especializados. Proporcionar um envelhecimento digno e com qualidade de vida tornou-se uma das grandes preocupações de gestores e profissionais da saúde nos últimos anos. Considerando estes fatos, neste estudo o objetivo foi avaliar a condição de saúde e a qualidade de vida de pacientes idosos, nas diferentes instituições de cuidado. Para tanto, foi realizada avaliação quantitativa, com propósito descritivo e analítico e corte-transversal focado no momento. Três grupos de idosos atendidos em diferentes instituições de cuidado foram avaliados quanto ao estado de saúde, a complexidade da farmacoterapia, a qualidade de vida e o perfil sociodemográfico, respectivamente, através do questionário BOAS, Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT), WHOQOL-Bref em conjunto com o WHOQOL-Old e questionário elaborado pelos autores do estudo. Por meio dos testes estatísticos de ANOVA e Kruskal-Wallis e, posteriormente, o teste de Tukey, os grupos de idosos avaliados foram comparados entre si. Participaram do estudo 282 idosos. Os instrumentos foram aplicados mediante entrevista face-a-face, no período de janeiro a agosto de 2016. As análises estatísticas foram realizadas com o *software* Statistica®, versão 10. Os resultados mostram que há uma diferença significativa na saúde mental dos residentes em comunidade quando comparados as outras populações ( $p=0,04$ ). A complexidade da farmacoterapia dos idosos institucionalizados e hospitalizados apresentou médias semelhantes, sugerindo que a complexidade farmacológica desses grupos é equivalente, porém diferente dos idosos residentes em comunidade ( $p<0,01$ ), que é menos complexa. A saúde física dos idosos hospitalizados mostrou ser pior que dos demais participantes do estudo, sendo o valor encontrado para esta população menor do que dos outros grupos ( $p<0,01$ ). Quanto à qualidade de vida, nota-se que há diferença entre todos os grupos estudados, sendo que o grupo de idosos residentes em comunidade apresentou o mais alto valor. Com base nas informações apresentadas, podemos concluir que o nível de cuidado no qual o idoso se insere afeta a percepção de qualidade de vida. O envelhecimento populacional exige um modelo de assistência integral e interdisciplinar e a implementação adequada das políticas públicas de saúde, visto que as existentes não apresentam total eficácia em virtude de escassez de recursos materiais e profissionais e da não-adequação à realidade dos diferentes grupos de idosos.

Palavras-chave: idosos, sociodemográfico, índice de complexidade da farmacoterapia, estado de saúde, qualidade de vida.



## ABSTRACT

The inversion of the age pyramid and the aging population correspond to a world reality, this phenomenon reflecting the increase of longevity coupled with lower birth rates and fertility. In parallel with the changes in age structure, the main causes of death, previously represented by acute diseases, have gradually been replaced by non-communicable chronic diseases (CNCD), which are very prevalent in the older population, making it the main cause consumer of medicines around the world. Treating people with such unique characteristics requires preparation and qualification of the professional team, so they are assigned to these individuals at various levels of care, such as geriatric care in primary health care, long-term care institutions for the elderly (ILPI) and specialized hospitals. Providing a dignified aging and high quality of life has become a major concern of managers and health professionals in recent years. Considering these facts, in this study the objective was to evaluate the health condition and quality of life of elderly patients in the different care institutions. For this purpose, a qualitative and quantitative evaluation was carried out using the survey research method, with a descriptive and analytical purpose and a cross-sectional moment number. The health status, complexity of pharmacotherapy, quality of life and sociodemographic profile were evaluated through the BOAS, Pharmacotherapy Complexity Index (ICFT), WHOQOL-Bref questionnaire, together with the WHOQOL-Old and Questionnaire developed by the authors of the study, three groups of elderly people attended by different care institutions. Through the statistical tests of ANOVA and Kruskal-Wallis and, later, the Tukey test, the institutionalized, hospitalized and community-resident groups were compared to each other. The instruments were applied through a face-to-face interview with 282 participants from January to August 2016. Statistical analyzes were performed with Statistica® software, version 10. From the established methodology, when comparing mental health between the groups, a difference is observed between community residents and other populations ( $p = 0.05$ ). The values obtained with the ICFT indicate that institutionalized and hospitalized elderly present similar means, differing from community residents, suggesting that the pharmacological complexity of these groups is equivalent ( $p < 0.01$ ). The averages obtained in the instrument for measuring physical health showed a difference between the hospitalized elderly and the other study participants, being the value found for this population smaller than the other groups ( $p < 0.01$ ). As for the quality of life, it is noticed that there is difference between all the study groups, being the highest value found among the community residents. Based on the information presented, we can conclude that the level of care in which the elderly are inserted affects the perception of the parameters studied. Population aging requires a comprehensive and interdisciplinary assistance model and the reformulation of public health policies, since the existing ones are not fully effective due to a shortage of material and professional resources and the non-adaptation to the reality of the different groups of the elderly.

**Keywords:** elderly, socio-demographic, complexity index of pharmacotherapy, health status, quality of life.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - VELOCIDADE DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: NÚMERO DE ANOS PARA A POPULAÇÃO COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS AUMENTAR DE 7% PARA 14% EM PAÍSES DESENVOLVIDOS E EM DESENVOLVIMENTO.....	19
FIGURA 2 - PIRÂMIDES ETÁRIAS ABSOLUTAS DA POPULAÇÃO BRASILEIRA DO SÉCULO XXI .....	20
Figura 3 - ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: PARANÁ X BRASIL, NO PERÍODO DE 2000 – 2030.....	21

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1 - MEDICAMENTOS NÃO RECOMENDADOS PARA IDOSOS, EM FUNÇÃO DO ALTO RISCO DE EFEITOS COLATERAIS, PELOS CRITÉRIOS DE BEERS-FICK E COMERCIALIZADOS NO BRASIL.....	35
---	----

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS IDOSOS .....	59
TABELA 1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS IDOSOS .....	60
TABELA 1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS IDOSOS .....	61
TABELA 2 - ESCORES DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO .....	62
TABELA 3 - TESTES DE TUKEY: SAÚDE MENTAL.....	63
TABELA 4 - TESTES DE TUKEY: ICFT TOTAL .....	64
TABELA 5 - TESTES DE TUCKEY: SAÚDE FÍSICA .....	64
TABELA 6 - TESTES DE TUCKEY: QUALIDADE DE VIDA TOTAL.....	65
TABELA 7 – QUALIDADE DE VIDA POR DOMÍNIOS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO .....	65
TABELA 8 - ENFERMIDADES MAIS PREVALENTES NA POPULAÇÃO GERAL DO ESTUDO .....	67
TABELA 9 - PRINCÍPIOS ATIVOS E CLASSES FARMACOLÓGICAS MAIS FREQUENTEMENTE UTILIZADOS PELA POPULAÇÃO GERAL DO ESTUDO .....	68

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde  
Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APS – Atenção Primária a Saúde  
BOAS - *Brazil Old Age Schedule*  
CARE - *Cooperative for American Remittances to Europe*  
CEP/SMS - Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde  
CEP/UFPR - Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná  
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DECS - Descritores em Ciência da Saúde  
DNA - ácido desoxirribonucléico  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IC – Intervalo de confiança  
ICFT - Índice de Complexidade da Farmacoterapia  
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano  
ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos  
MRCI - *Medication Regimen Complexity Index*  
OARS - *Older American Resources and Services Program*  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
Opas - Organização Pan-Americana de Saúde  
PAHO - *Pan American Health Organization*  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica à Saúde  
PNI - Política Nacional do Idoso  
pCO<sub>2</sub> - Pressão parcial do gás carbônico  
pO<sub>2</sub> - Pressão parcial do gás oxigênio  
PSF - Programas de Saúde da Família  
QV - Qualidade de Vida  
SUS - Sistema Único de Saúde  
SF-36 - *Short Form Health Survey*  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS - Unidades Básicas de Saúde  
WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life*

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>3</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>18</b>
3.1	ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS NO BRASIL E NO MUNDO .....	18
3.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO.....	22
3.3	INSTITUIÇÕES DE CUIDADOS EM SAÚDE AOS IDOSOS .....	26
3.4	ASPECTOS FISIOLÓGICOS E FARMACOLÓGICOS APLICADOS AO PACIENTE IDOSO.....	32
3.4.1	Polifarmácia .....	38
3.5	INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE POPULAÇÕES IDOSAS..	40
3.5.1	Perfil sociodemográfico .....	41
3.5.2	Estado de saúde.....	42
3.5.3	Complexidade da farmacoterapia .....	44
3.5.4	Qualidade de vida.....	45
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>48</b>
4.1	QUESTÕES ÉTICAS .....	48
4.2	FASE EXPLORATÓRIA .....	49
4.2.1	Levantamento bibliográfico acerca dos idosos no Brasil e no mundo.....	49
4.2.2	Definição do tamanho amostral .....	50
4.2.3	Critérios de inclusão e exclusão .....	51
4.3	TRABALHO DE CAMPO.....	51
4.3.1	Caracterização do perfil sociodemográfico.....	52
4.3.2	Definição do perfil de saúde .....	52

4.3.3	Avaliação da complexidade da farmacoterapia .....	53
4.3.4	Avaliação da qualidade de vida .....	53
4.4	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO .....	54
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>56</b>
5.1	IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS .....	56
5.2	IDOSOS HOSPITALIZADOS .....	57
5.3	IDOSOS RESIDENTES EM COMUNIDADE .....	58
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>69</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>75</b>
<b>8</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>77</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>89</b>
	<b>APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO – IDOSOS .....</b>	<b>90</b>
	<b>APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...</b>	<b>92</b>
	<b>APÊNDICE 3 – QUESTÕES SOBRE AUTO-PERCEPÇÃO DE VIDA COTIDIANA DOS IDOSOS .....</b>	<b>97</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>99</b>
	<b>ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO BOAS (BRAZIL OLD AGE SCHEDULE)– SEÇÕES A SEREM UTILIZADAS .....</b>	<b>100</b>
	<b>ANEXO 2 – INDICE DE COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA .....</b>	<b>108</b>
	<b>ANEXO 3 - WHOQOL – ABREVIADO (WHOQOL-Bref) .....</b>	<b>113</b>
	<b>ANEXO 4 - WHOQOL-OLD .....</b>	<b>116</b>
	<b>ANEXO 5 – TERMO DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA UFPR .....</b>	<b>120</b>
	<b>ANEXO 6 – TERMO DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA-PR .....</b>	<b>128</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial (ZANON, MORETTO E RODRIGUES, 2013). Em 2012, 810 milhões de pessoas possuíam 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. De acordo com projeções das Nações Unidas, atualmente uma em cada nove pessoas no mundo é considerada idosa. Estima-se que tal razão deverá crescer para uma em cada cinco pessoas no ano de 2050, levando a uma situação demográfica mundial inédita, com um número de idosos superior ao número de crianças com idade inferior a 15 anos. Assim, calcula-se que o número de indivíduos idosos alcançará no ano de 2050 um total de dois bilhões de pessoas, ou seja, 22% da população global (BRASIL, 2014; UNFPA, 2011).

No Brasil, o envelhecimento populacional é reflexo, entre outros fatores, do aumento da longevidade aliada a menores taxas de natalidade e fecundidade. Dados do IBGE de 2013 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) indicam que a população de idosos - pessoas com mais de 60 anos – correspondia a 13,0% da população total. Este valor é 1,7% maior em relação ao ano de 2009 (11,3% da população total) e 3,9% maior que no ano de 1999 (9,1% da população total), tais porcentagens atestam que este processo vem se consolidando rapidamente e trará impactos significativos para os sistemas de saúde e previdenciário, que terão que se adequar para o atendimento de uma população com características singulares vivendo por mais tempo (IBGE, 2014) (IBGE, 2010).

Juntamente com as modificações da estrutura etária da população, são constatadas mudanças epidemiológicas, com a substituição das causas principais de morte por doenças infecciosas, de caráter agudo, pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (MARIN, *et al.*, 2008). Estas doenças, por sua vez, requerem o investimento de grande quantidade de recursos materiais e humanos, dado o seu caráter de longa duração. Visto a elevada prevalência de DCNT em idosos, esta parcela da população é a principal consumidora de medicamentos (GAUTÉRIO, *et al.*, 2012). Contudo, na população idosa, os riscos associados ao consumo de medicamentos competem com os benefícios esperados. Isto ocorre devido às alterações fisiológicas comuns ao envelhecimento com efeitos sobre a farmacodinâmica e a farmacocinética dos



medicamentos. Tal déficit na fisiologia dos idosos os deixa mais propensos a experimentar efeitos adversos a medicamentos.

Devido ao elevado número de comorbidades a população idosa está diretamente associada à polifarmácia, isto é, ao uso de 5 ou mais medicamentos concomitantemente, que por sua vez se relaciona com a possibilidade de interações medicamentosas (FILHO, *et al.*, 2011).

A administração simultânea de diversos fármacos pode causar alterações significativas nos seus efeitos. Como, por exemplo, interações que podem aumentar os efeitos farmacológicos a um nível tóxico, inibir ou anular benefícios terapêuticos para o paciente (BLEICH, *et al.*, 2009).

Interações medicamentosas ocorrem comumente na prática clínica e as suas frequências variam de 3 a 5% entre os pacientes que apresentam polifarmácia, podendo chegar até 20% nos pacientes que fazem uso diário de 10 ou mais medicamentos (RASCHETTI, *et al.*, 1999). Como regra geral, as interações medicamentosas são a causa de aproximadamente 3,8% das internações e podem causar vários eventos adversos em pacientes, independentemente da idade (BECKER, *et al.*, 2007). Os idosos, por sua vez, têm três vezes mais chances de piora grave no estado de saúde e são quatro vezes mais hospitalizados por reações adversas a medicamentos que os não idosos (BEIJER *et al.*, 2002).

Em razão das diversas síndromes geriátricas e dependência funcional a população idosa é considerada de extrema fragilidade e, portanto, exige preparação e capacitação da equipe de profissionais. Assim são destinados a estes indivíduos diversos níveis de atenção, como cuidados geriátricos em atenção primária a saúde, instituições de longa permanência para idosos (ILPI) e hospitais especializados, sendo que proporcionar um envelhecimento digno e com alta qualidade de vida se tornou uma das maiores preocupações de gestores e profissionais da saúde nos últimos anos (GORDILHO, *et al.*, 2001, TORRAQUE, 2015).

Considerando os fatos expostos, o objetivo deste estudo foi avaliar a condição de saúde e a qualidade de vida de pacientes idosos atendidos por diferentes instituições de saúde, visando contribuir na melhoria do processo de trabalho acerca do cuidado, com o intuito de aumentar a qualidade de vida desta população.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a condição de saúde e a qualidade de vida de pacientes idosos atendidos por diferentes instituições de cuidado na cidade de Curitiba-PR.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico de pacientes idosos institucionalizados, hospitalizados e residentes em comunidade, os quais são atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Identificar as enfermidades mais prevalentes entre os idosos que compõem cada um dos grupos em estudo;
- Avaliar a complexidade da farmacoterapia considerando as diferentes instituições de cuidado em saúde e a comunidade;
- Avaliar a qualidade de vida desta população nas diferentes instituições de cuidado e na comunidade;
- Comparar entre as populações estudadas as condições pontuadas acima e conhecer as lacunas no processo de cuidado da saúde de idosos;
- Conhecer as percepções de cotidiano, saúde e alterações emocionais que mais impactam na vida dos idosos;
- Identificar que profissionais estão envolvidos no cuidado prestado nas instituições investigadas.

### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS NO BRASIL E NO MUNDO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a legislação brasileira em vigor, no Brasil e em países em desenvolvimento, é considerado idoso o cidadão que possui 60 anos ou mais. Em países desenvolvidos a idade mínima para se considerar idoso é de 65 anos. (DE OLIVEIRA, 2008).

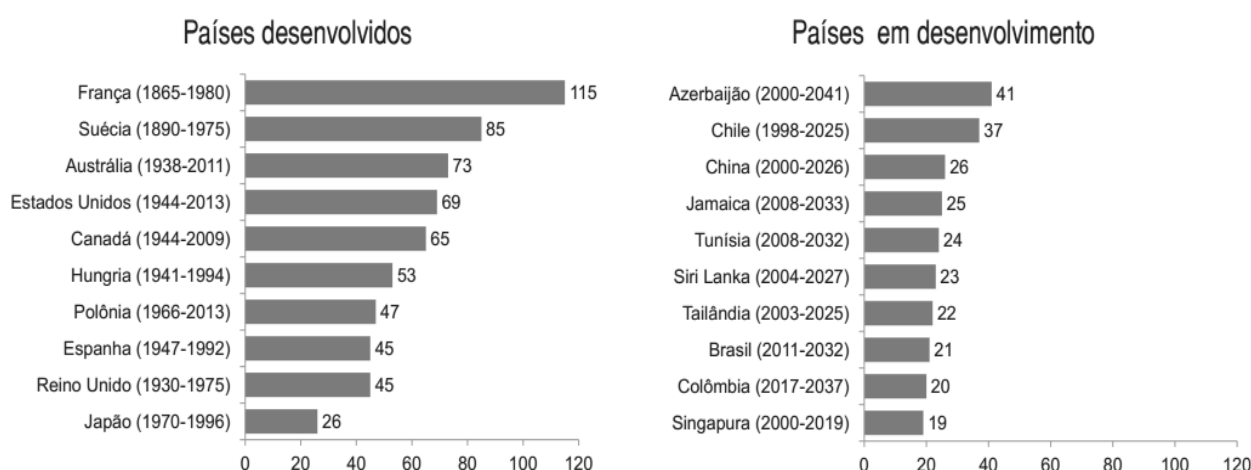
O envelhecimento populacional é considerado um fenômeno mundial (ZANON, MORETTO E RODRIGUES, 2013), e caracteriza-se pela mudança na estrutura etária dos indivíduos, que resulta em uma maior proporção de idosos em relação ao conjunto da população. Este acontecimento deve-se principalmente à redução nas taxas de fecundidade, o que torna os grupos etários mais jovens menos representativos no total da população. (CARVALHO E GARCIA, 2003).

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional teve início na década de 1960, quando começou a se observar uma redução significativa na taxa de fecundidade, concomitante ao aumento da longevidade da população. A taxa de fecundidade total passou de 6,28 filhos por mulher em 1960 para 1,74 filhos em 2014, uma redução de 72%. No mesmo período, a expectativa de vida ao nascer aumentou 26,5 anos, chegando a 74,9 anos em 2015 (IBGE, 2014) (CAMARGOS e GONZAGA, 2015). Para 2050 estima-se que o percentual de pessoas com mais de 60 anos corresponderá a cerca de 30% da população do país (BRASIL, 2014). As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. (VERAS, 2009).

A tendência do envelhecimento populacional é observada nos países em desenvolvimento desde o final do século XIX, sendo que esta transição demográfica está diretamente relacionada aos avanços na medicina e na saúde pública, às melhores condições de alimentação e aumento da renda, controle de vetores causadores de doenças infecciosas, entre outros. (BLOOM, 2011).

Os países desenvolvidos apresentam uma maior proporção de idosos, de modo que seu envelhecimento populacional teve um início lento e se deu de forma gradual. Já nos países em desenvolvimento a velocidade do envelhecimento é maior, de forma que as modificações ocorrem de maneira radical e acelerada, instaurando o desafio às autoridades de consolidar políticas públicas e sistemas de proteção social e de saúde à medida que a população envelhece (BRASIL, 2014). A França, por exemplo, levou mais de um século para que sua população com idade igual ou superior a 65 anos aumentasse de 7% para 14% da população total. Já no Brasil e em alguns países de renda média, esse crescimento ocorrerá em duas décadas, segundo projeções do *National Institute of Aging* (2007), como demonstrado na figura 1.(DOBRIANSKY et al., 2007).

FIGURA 1 - VELOCIDADE DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: NÚMERO DE ANOS PARA A POPULAÇÃO COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS AUMENTAR DE 7% PARA 14% EM PAÍSES DESENVOLVIDOS E EM DESENVOLVIMENTO.

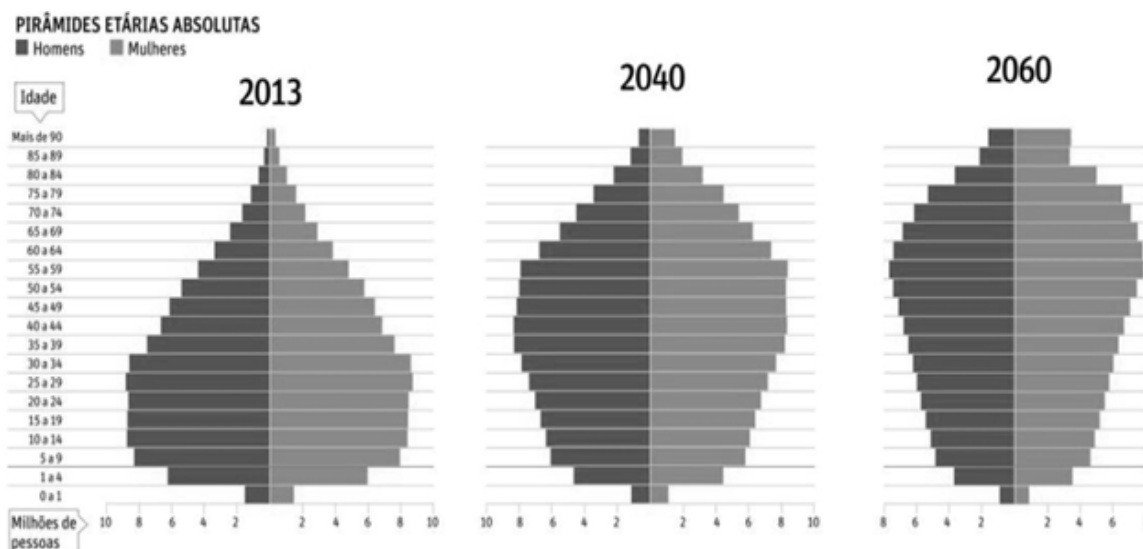


FONTE: DOBRIANSKY et al, 2007.

Um dos principais parâmetros que refletem o processo de transição demográfica da população brasileira é a mudança na forma das pirâmides etárias ao longo do século da forma piramidal a forma retangular. A forma piramidal expressa uma população em crescimento, com bases largas devido ao alto contingente de crianças e jovens, em decorrência de altas taxas de fecundidade. À medida que a proporção entre as diferentes faixas etárias vai se anulando, a pirâmide toma forma retangular, expressando um crescimento estabilizado, com redução das taxas de mortalidade. (DE OLIVEIRA, 2008).

A pirâmide etária brasileira de 2013 apresentou estreitamento de base e tendência à forma retangular, sendo que as projeções das décadas seguintes sugerem estabilização da população, como demonstrado na figura 2.

FIGURA 2 - PIRÂMIDES ETÁRIAS ABSOLUTAS DA POPULAÇÃO BRASILEIRA DO SÉCULO XXI



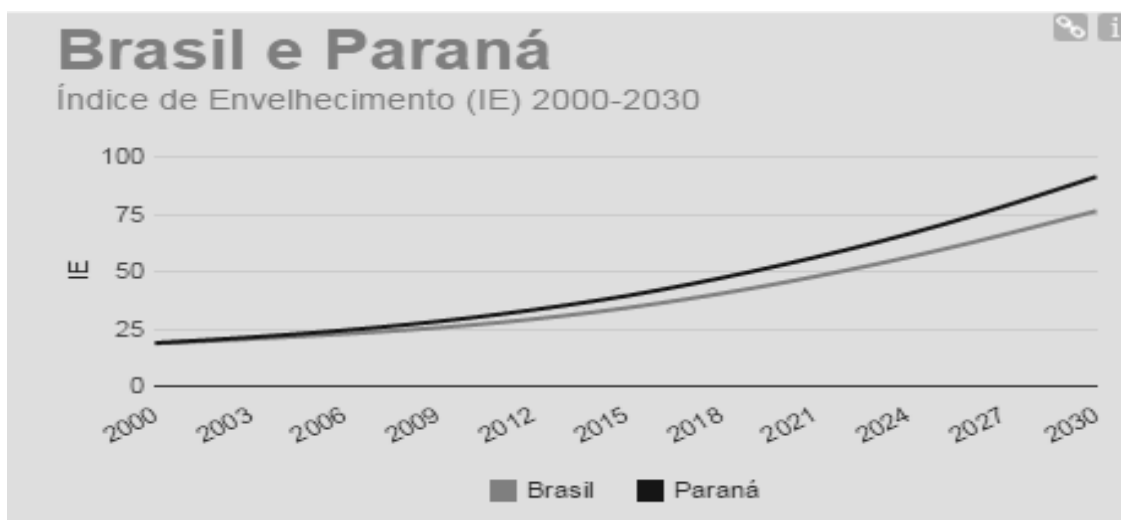
FONTE: IBGE, 2013.

Uma forma de caracterizar o crescimento relativo da população idosa é avaliar a relação idoso/criança, denominada índice de envelhecimento (IE), descrita pela seguinte fórmula. (IBGE, 2014):

$$\frac{\text{População} > 60 \text{ anos} \times 1000}{\text{População } 0-14 \text{ anos}}$$

No Paraná, se observa a mesma tendência do envelhecimento nacional, sendo que no ano 2000 o estado já acompanhava a característica do índice de envelhecimento do Brasil. Em contrapartida, as projeções do IBGE para o ano de 2030 apresentam um índice ainda maior no estado em relação ao índice nacional, como se observa na figura 3. (IBGE, 2014):

Figura 3 - ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: PARANÁ X BRASIL, NO PERÍODO DE 2000 – 2030.



FONTE: IBGE, 2014.

A predominância do número de mulheres idosas sobre o número de homens é uma característica observada no processo de envelhecimento da população brasileira. O fato de as mulheres apresentarem uma expectativa de vida maior em oito anos em relação aos homens deve-se, por exemplo, ao menor envolvimento com tabagismo, etilismo, mortes violentas e acidentes de trabalho. Além disso, as mulheres são mais cautelosas com a sua saúde, procuram assistência médica precocemente e realizam mais exames preventivos do que os homens (DE OLIVEIRA, 2008). De acordo com o revelado em pesquisa realizada pelo IBGE, embora nasçam mais homens no Brasil, as mulheres predominam em termos de grupo populacional uma vez que apresentam maior expectativa de vida. (IBGE, 2014).

Em reflexo à maior longevidade da população, vem ocorrendo uma mudança no perfil epidemiológico do país, aumentando a taxa de mortalidade por DCNT em detrimento das doenças infecto-parasitárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A cada ano, 650 mil pessoas se tornam idosas no Brasil, sendo que a maior parte destas é portadora de DCNT e algumas com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. (VERAS, 2009).

Esse fato acarreta crescimento das despesas com medicamentos, profissionais de saúde e procedimentos hospitalares, ao mesmo tempo em que representa um desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que tange à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados (VERAS, 2009). Em países desenvolvidos, esta mudança ocorreu de maneira mais lenta, sendo possível a reestruturação das políticas de saúde adequadas à nova realidade. Nos países em desenvolvimento, a explosão demográfica de idosos ocorreu rapidamente, não havendo tempo hábil para a reestruturação das políticas de assistência à saúde. (GRAGNOLATI et al., 2012).

A falta de reestruturação reflete-se na precariedade da assistência ao idoso, o que acarreta uma redução na sua qualidade de vida e agravamento de sua doença, aumentando a mortalidade dessa população principalmente quando institucionalizada ou hospitalizada, elevando assim, os custos com serviços de saúde. Ao longo dos anos, os países em desenvolvimento sentiram a necessidade de criar políticas públicas que minimizassem essas falhas da assistência, garantindo, desta forma, o respeito dos direitos dos idosos, e, por consequência, a melhoria na qualidade de vida desta população. (DE OLIVEIRA, 2008).

### 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO

A transição demográfica discutida anteriormente ocasiona inúmeros fatores que estão relacionados, principalmente, àqueles ligados à previdência social e à saúde, constituindo desafios para o Estado, setores produtivos e famílias. Nesse contexto, os organismos internacionais trazem a questão para o debate porque tal transição trata-se agora não apenas de um problema do primeiro mundo. Em 1991, as Nações Unidas lançaram uma Carta de Princípios para as Pessoas Idosas, que inclui a independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade desta população. (FERNANDES; DOS SANTOS, 2006).

Para atender às necessidades inerentes ao indivíduo idoso, tais como autonomia, mobilidade, acesso a informações, serviços, segurança e saúde preventiva, foram criados nas últimas décadas instrumentos legais que

garantem proteção social e ampliação de direitos às pessoas idosas, num esforço conjunto de vários países (BRASIL, 2014). Com o objetivo de aumentar a qualidade dos serviços prestados à população idosa, diversos órgãos nacionais, tais como a Secretaria de Desenvolvimento Humano, Ministérios e outros órgãos públicos, vêm buscando a implementação de ações e ferramentas adequadas e medidas concretas que favoreçam a promoção da inclusão e independência da pessoa idosa pelo maior tempo possível. Entretanto, essa é uma mudança estratégica cercada de desafios, envolvendo uma dimensão real do crescimento econômico, inovações em tecnologia e serviços, cujos benefícios devem ser observados nas próximas décadas. (BRASIL, 2014).

Muitas são as políticas com foco no indivíduo idoso, porém, as dificuldades na implementação destas abrangem desde a captação de recursos ao sistema de informação para a análise das condições de vida e de saúde dos idosos, como também, a capacitação de recursos humanos. (RODRIGUES, *et al*, 2007).

No Brasil, identificam-se marcos legais que favorecem a reflexão e implementação de medidas de intervenção acerca do envelhecimento: a Constituição Federal de 1988; a Política Nacional do Idoso (PNI), estabelecida em 1994; e a Lei nº 10.741, que entrou em vigor no ano de 2003 e aprova o Estatuto do Idoso. (FERNANDES; SOARES, 2012).

Com a Constituição Federal de 1988 foi estabelecido o direito à igualdade e ausência do preconceito a toda população, sendo que o artigo 230 refere-se exclusivamente aos idosos, determinando que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Ainda no mesmo artigo, a Constituição Federal, determina que “a Seguridade Social garante os direitos à saúde, à previdência e à assistência social”, criando, assim, um novo modelo de política social a fim de garantir melhores condições de vida à população brasileira, inclusive aos aposentados contribuintes da Previdência Social e aos necessitados e desamparados através da Assistência Social. (BRASIL, 1988).

Após este período, a legislação brasileira reconheceu e ampliou a assistência ao idoso, instituindo no ano de 1994, por meio da Lei nº 8.842, a



PNI e o Conselho Nacional do Idoso e em outubro de 2003, através da Lei nº 10.741, o Estatuto do Idoso. (DE OLIVEIRA, 2008).

A PNI, promulgada em 1994 e regulamentada pelo Decreto nº 1948, de 03 de junho de 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, ao criar condições para promover sua autonomia, sua integração e sua participação efetiva na sociedade e reafirmar seu direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo dever da família, da sociedade e do Estado a garantia a esses direitos. (DE OLIVEIRA, 2008) (FERNANDES; SOARES, 2012).

A PNI estipula o limite de 60 anos ou mais de idade para uma pessoa ser considerada idosa. Como parte das estratégias e diretrizes dessa política, destaca-se a descentralização de suas ações envolvendo estados e municípios, em parceria com entidades governamentais e não governamentais. A Lei em questão rege-se por determinados princípios, tais como o processo de envelhecimento, que diz respeito à sociedade em geral e segundo o qual o idoso não deve sofrer discriminação de nenhuma natureza, bem como deve ser o principal agente e o destinatário das transformações indicadas por essa legislação. (BRASIL, 1994).

A Lei nº 8.842/1994 determina que a gestão e coordenação da PNI seja competência do Ministério da Assistência Social com participação dos Conselhos Nacionais, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do idoso. Na área de saúde, além da garantia a assistência à saúde dos idosos nos diversos níveis de atendimento do SUS, é garantida a criação de programas para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde desta população. (DE OLIVEIRA, 2008).

Em conformidade com o que determina a Lei Orgânica de Saúde 8.080/1990 - que em seus princípios destaca a preservação da autonomia, da integridade física e moral da pessoa, da integralidade da assistência, e da fixação de prioridades com base na epidemiologia - e a Lei nº 8.842/1994, considerando ainda a necessidade brasileira de criação de uma política específica para a saúde do idoso. o Ministério da Saúde criou em Dezembro de 1999 a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria 1.395/GM de 10 Dezembro de 1999) como parte essencial da Política Nacional de Saúde. (LIMA, 2011).

A Política Nacional de Saúde do Idoso estabelece as diretrizes essenciais que norteiam a definição ou redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa. Essas diretrizes são: a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde dos idosos, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, e o apoio aos estudos e pesquisas. Ademais, esta legislação tem a finalidade de assegurar aos idosos sua permanência no meio e na sociedade em que vivem desempenhando atividades de modo independente. (BRASIL, 1999).

A PNI, no âmbito ambulatorial e de assistência básica à saúde, institui o acompanhamento do idoso por equipe interdisciplinar, inclusive por médicos geriatras, tendo como princípios a abrangência, a sensibilização diagnóstica dos profissionais quanto às questões sociais envolvidas no bem-estar do paciente e a orientação terapêutica, que envolve ações farmacológicas e não-farmacológicas destinadas a idosos e acompanhantes. (DE OLIVEIRA, 2008).

O princípio da utilização do SUS pela população idosa de forma equitativa e integral, conquistado com a promulgação da Constituição Federal, vem sendo reforçado como direito inalienável e diretriz fundamental na gestão do cuidado à saúde do idoso. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Em 1º de Outubro de 2003, entrou em vigor no Brasil a Lei nº 10.741, a qual aprova o Estatuto do Idoso, que reafirma ao longo de seus 118 artigos os direitos dos idosos e determina obrigações da família, da sociedade e do Poder Público. Destinado a regular os direitos assegurados aos idosos, esse é um dos principais instrumentos de direito desta população, de modo que a sua aprovação representou um passo importante da legislação brasileira no contexto de suas adequações em relação às orientações dos demais países. (DE OLIVEIRA, 2008) (FERNANDES; SOARES, 2012).

Segundo o Estatuto, é dever de todos a garantia com absoluta prioridade à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência social aos brasileiros com mais de 60 anos de idade, estabelecendo, ainda, penalidades quando não ocorrer. (BRASIL, 2003).

O Estatuto do Idoso veio priorizar tanto seu atendimento de um modo geral, como também daquela população que já apresenta algum grau de dependência. É com essas ações fundamentais de prevenção secundária, de reabilitação, de promoção da saúde, além do cuidado e do tratamento, que é possível garantir melhor qualidade de vida para idosos na vida em família, sociedade, institucionalizados e hospitalizados. (RODRIGUES; *et al*, 2007).

Do ponto de vista da normalização legal, a população idosa encontra-se bem amparada no Brasil. Contudo, embora existam diretrizes a serem seguidas, mesmo com todas as discussões já realizadas, as devidas implementações ainda não foram feitas. Destarte, cabe aos poderes públicos e à sociedade em geral a aplicação dessas políticas, com o respeito às diferenças econômicas, sociais e regionais. (FERNANDES; SOARES, 2012).

Apesar dos avanços das políticas públicas brasileiras destinadas ao idoso, o maior desafio, sobretudo para os gestores públicos, é a efetivação das mesmas. A implantação da assistência básica aos idosos torna-se viável com o trabalho das equipes dos Programas de Saúde da Família (PSF) e dos Centros de Referência à Saúde do Idoso, minimizando, assim, as internações hospitalares e seus custos, além de promover redução das incapacidades funcionais e dos impactos sociais e emocionais negativos provocados por uma hospitalização ou institucionalização. (DE OLIVEIRA, 2008).

### 3.3 INSTITUIÇÕES DE CUIDADOS EM SAÚDE AOS IDOSOS

O aumento da longevidade no Brasil, além de fomentar diversas questões para a gestão das políticas públicas implica também no aumento da demanda por instituições de cuidado especializadas na saúde de idosos. (POLLO; ASSIS, 2008).

As Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM/MS nº 702/2002 e Portaria SAS/MS nº 249/2002) são compostas por hospitais gerais e centros de referência em assistência à saúde do idoso. As modalidades que as representam são: internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar (FERREIRA; BANSI; PASCHOAL, 2014). Já o atendimento aos idosos apresenta-se de duas formas: a asilar, que se refere ao atendimento em regime de internato do idoso

sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social; e anão asilar, que é composta de centro de convivência, centro de cuidado diurno, hospital-dia, casa-lar e oficina abrigada de trabalho, e destina-se a atender o idoso por determinado período de tempo. (GALLON; GOMES, 2011).

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), por exemplo, perfazem a modalidade asilar de atendimento e representam alternativas de cuidados para as pessoas idosas mais frágeis e muito dependentes na execução das tarefas cotidianas básicas e que, por várias razões de ordem médico-sociais, não podem ser mantidas nas suas residências. (BRITO; RAMOS, 2007).

Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada 283 de 2005, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que estabelece o padrão mínimo de funcionamento das ILPIs, estas instituições possuem caráter residencial, são destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com 60 anos ou mais com ou sem suporte da família, em condição de liberdade, dignidade e cidadania, devem prover o cuidado de uma forma integral, através de estrutura física adequada, equipamentos e recursos humanos capacitados, com objetivos de manter a integridade física e mental dos idosos que nela residem. (BRASIL, 2005) (FERREIRA; BANSI; PASCHOAL, 2014).

A instituição de longa permanência para idosos deve possuir um Responsável Técnico - RT pelo serviço, que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local, sendo que este profissional deve possuir formação de nível superior, não necessariamente na área de saúde. Fica sob a incumbência deste RT a guarda e administração de medicamentos dos idosos, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica. Além disso, o responsável técnico deve notificar à autoridade sanitária local a ocorrência de doenças consideradas de notificação compulsória e de eventos sentinela como quedas com lesão e tentativas de suicídio entre os internos. (BRASIL, 2005; DE OLIVEIRA, 2008).

A procura por ILPIs é uma questão de saúde pública e surge não só por parte dos idosos com alta dependência, mas também por idosos jovens, entre 60 e 65 anos, independentes, que foram excluídos do mercado de trabalho e

da proteção familiar, em decorrência das transformações socioeconômicas em curso na sociedade (PESTANA; SANTO, 2008). Não existem dados oficiais quanto ao número de idosos institucionalizados no Brasil. (TORALL; GUBERT; SCHMITZ, 2006). Sobre essa questão, estudos sugerem que entre os anos de 1985 e 2060 o número de idosos institucionalizados no Brasil aumentará de 1,3 para 4,5 milhões, sendo a grande parte de idosos dependentes. (PETRI; BASTOS, 2005).

O Pacto pela Vida e a Política Nacional de Idosos (PNI), ambos de 2006, definiram que a atenção à saúde da população idosa deve ter como porta de entrada a Atenção Primária a Saúde (APS), e a saúde da família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Além disso, a saúde da população idosa também passou a ser uma prioridade do SUS e, por conseguinte, da Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo fortemente embasado nos atributos da APS e que busca a qualificação desta atenção. (MARTINS, *et al.*, 2014).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), que junto com as Equipes de Saúde da Família compõem a política de APS, são unidades de atendimento, que se caracterizam por ser a porta de entrada do usuário no sistema de saúde e desenvolvem ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Trata-se de um serviço que acompanha o paciente ao longo de sua vida, cuidando dos problemas de saúde mais frequentes da população. No modelo tradicional de UBS o trabalho é desenvolvido por diversos profissionais da área de saúde, tais como: assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, farmacêuticos e médicos (clínico geral, pediatra, ginecologista, obstetras). Os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de material para exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica. O atendimento da população se dá por demanda espontânea ou programada, e no Brasil este modelo vem sendo substituído pela ESF. (ELIAS, *et al.*, 2006).

A APS considera o indivíduo na sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que

possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (STARFIELD, 2002).

A presença e a forte extensão deste modelo de cuidado favorece o fato de que a APS tenha capacidade de atender às necessidades em saúde da população, contando com apoio coordenado dos outros pontos e níveis de atenção da rede e com segmentos de outros setores como a assistência social, além da execução, pela própria equipe da saúde da família, de ações individuais e coletivas fora dos muros da UBS, tais como visitas domiciliares e apoio a grupos de ajuda mútua. (CONASS, 2011). Resultados positivos do modelo foram apontados pela pesquisa “Saúde da Família no Brasil – Uma análise de indicadores para a atenção básica”, divulgada pelo Ministério da Saúde em 2006. O estudo mostra a evolução em oito indicadores de saúde, comparados entre 1998 e 2004, em comunidades cobertas pelo PSF, considerando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a renda e o porte populacional dos municípios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE et al., 2008).

No âmbito hospitalar, a prevalência de doenças e o estado funcional são os parâmetros que orientam o atendimento do idoso. Igualmente, é instituída a assistência multiprofissional por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentistas e nutricionistas. Para o atendimento de idosos sem autonomia, as instituições públicas e privadas, conveniadas ou contratadas pelos SUS, devem possuir obrigatoriamente uma equipe composta por no mínimo um representante médico com especialidade em geriatria. (OLIVEIRA; NOVAES, 2012). Mesmo existindo diferentes estratégias de organização de serviços hospitalares para o idoso, há razoável consenso acerca de princípios e características que devem permear tais serviços, os quais têm importantes implicações sobre os recursos e os tipos de profissionais necessários, e são intrinsecamente relacionados à natureza dos problemas de saúde na idade avançada. (COELHO FILHO, 2000).

Os princípios de serviços para internamento de casos geriátricos são: abordagem interdisciplinar; abordagem por médicos com formação geral; profissionais familiarizados com peculiaridades da apresentação e do manuseio de doenças no idoso; possibilidade de incorporar outras intervenções que não as estritamente técnicas; minimização de procedimentos cujos benefícios não

são claramente estabelecidos; identificação sistemática daqueles com maior risco de complicações e de evolução desfavorável; reabilitação para promover recuperação; garantia de fácil acesso pela clientela assistida; esforços para abreviar o período de internamento; e processo sistemático de preparo da alta, garantindo continuidade de tratamento em outros setores ou níveis do sistema. (COELHO FILHO, 2000). Um pressuposto importante na atenção ao idoso é a atuação articulada nos diferentes níveis do sistema de saúde, pois a comunicação efetiva entre as variadas instituições envolvidas no cuidado estabelece resultados mais satisfatórios na promoção em saúde e no manejo das condições clínicas. Sendo assim, é fundamental que serviços de internamento recebam informações não somente de profissionais em contato com o paciente, mas também estabeleçam como rotina o preparo de alta para a comunidade e para outros níveis de cuidado. (GRIMLEY, 1992).

A marca fisiológica maior do envelhecimento é a falta ou limitação de mecanismos de adaptação, ou seja, a resposta inadequada a adversidades ambientais. Isto explica a tendência do idoso à rápida deterioração quando exposto a fatores que dificilmente trariam maiores consequências em indivíduos mais jovens, tais como exposições a radiação, calor e luz solar intensa. Assim, a população idosa necessita de um rápido acesso ao cuidado agudo, sendo que alguns estudiosos da área acreditam que o pronto atendimento de quadros agudos incidentes na idade avançada seja tão ou até mais importante do que o cuidado crônico de doenças prevalentes. Portanto há uma grande preocupação em estruturar adequadamente serviços hospitalares para o cuidado agudo. (COELHO FILHO, 2000; ONAFOWOKANN, MULLEY, 1999).

Existem diferentes modelos de organização do cuidado hospitalar de idosos, muitos dos quais são simplesmente originados de adaptações da estrutura disponível. Em geral, esses modelos pressupõem avaliação ampla dos problemas clínicos, funcionais e psicossociais dos pacientes idosos, com estabelecimento de plano de cuidado a ser executado por equipe composta por profissionais de diferentes especialidades. Cinco modelos se encontram mais frequentemente descritos na literatura, sendo a maioria das publicações oriunda da Inglaterra, onde os serviços geriátricos foram originalmente desenvolvidos. São eles: modelo de cuidado prolongado, tradicional, baseado

na idade cronológica, não especializado e modelo integrado. (GRIMLEY, 1992; MCLEAN, *et al.*, 1994; ONAFOWOKANN, MULLEY, 1999).

O modelo de cuidado prolongado pressupõe que o cuidado agudo é de responsabilidade do clínico geral ou de outros especialistas, reservando ao geriatra o cuidado prolongado de idosos, normalmente, residentes em instituições de longa permanência. (COELHO FILHO, 2000). No modelo tradicional existem dois serviços ou departamentos atuando de forma independente, os quais são responsáveis por admissão e tratamento de idosos, sendo eles os serviços de geriatria e o serviço de clínica médica. Os pacientes são internados em um ou outro departamento, dependendo, em muitos casos, da disponibilidade de leitos. (HARRIS, *et al.*, 1991).

No modelo baseado na idade cronológica, o qual é bastante difundido, os pacientes são encaminhados para a enfermaria de geriatria de acordo com sua faixa etária. Porém, não há consenso em relação ao limite mínimo de idade que define a elegibilidade para essa enfermaria, podendo este corresponder a 65, 70 ou 75 anos. (GRIMLEY, 1992). No modelo não especializado a equipe geriátrica trabalha em enfermaria geral, não dispondo de um serviço próprio, apto à provisão de reabilitação e de seguimento de casos. Além da limitação de não possibilitar o importante trabalho de acompanhamento prolongado de pacientes, esse modelo não demonstrou impacto na redução de mortalidade e na manutenção do idoso residindo no domicílio e seu efeito foi bastante modesto em termos de redução de readmissões hospitalares. (COELHO FILHO, 2000).

Por fim, o modelo integrado é apontado como alternativa ao modelo baseado na idade cronológica. Nele, o cuidado agudo do paciente idoso ocorre em enfermaria de clínica geral, através de uma equipe de profissionais e médicos de diferentes especialidades, particularmente aqueles com formação geral, incluindo geriatras. (COELHO FILHO, 2000; OLIVEIRA, NOVAES, 2012). O esperado crescimento da geriatria no Brasil, para as próximas décadas, possibilitaria a recuperação do clínico com formação geral, cuja atual carência é motivo de preocupação para o sistema de saúde. Diferentes modelos de integração podem ser estabelecidos, dependendo das condições disponíveis em cada hospital. (OLIVEIRA, NOVAES, 2012).



### 3.4 ASPECTOS FISIOLÓGICOS E FARMACOLÓGICOS APLICADOS AO PACIENTE IDOSO

A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) define envelhecimento como “processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (GONTIJO, 2005). Com o envelhecimento o organismo passa por uma série de transformações morfológicas e funcionais que afetam diversos sistemas. Essas alterações são decorrentes de mudanças moleculares que ocorrem no interior das células afetando a quantidade, a estrutura e, conseqüentemente, a função de macromoléculas como proteínas e ácidos nucléicos, sobretudo o DNA. (OLIVEIRA, NOVAES, 2012).

Inúmeras são as alterações fisiológicas relacionadas à idade. Por si só, elas não são consideradas doenças, mas a redução da capacidade de adaptação a sobrecargas funcionais pode tornar os idosos mais vulneráveis a patologias ou acidentes quando comparados aos mais jovens. Há que se ressaltar, no entanto, que existe ampla variação individual, de forma que um paciente de 80 anos pode apresentar um desempenho das funções biológicas equiparável a outro de 50 anos. (CHAGAS, ROCHA, 2012).

O envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o mesmo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e que todas as funções fisiológicas gradualmente comecem a declinar. (CHAGAS, ROCHA; OLIVEIRA, NOVAES, 2012). As alterações incluem uma diminuição no número de células, aumento da porcentagem de gordura corporal, perda da massa muscular, aumento da excreção de substâncias úteis e retenção de substâncias tóxicas para o organismo, diminuição da água intracelular, diminuição das concentrações de albumina sérica, fluxo sanguíneo hepático diminuído, mutações no DNA nuclear e mitocondrial, insensibilidade dos tecidos à ação da insulina e redução do metabolismo basal com a conseqüente redução da utilização do oxigênio. Durante o processo de envelhecimento há uma redução do tamanho dos

órgãos, exceto do coração, que geralmente sofre uma hipertrofia e apresenta alterações graves no miocárdio, como acúmulo de gordura no átrio e no septo. (CUNICO, 2002).

A frequência respiratória diminui devido às alterações estruturais e funcionais. O espaço morto aumenta, a superfície da traqueia calcifica e o volume alveolar e o movimento muco ciliar diminuem. A parede torácica sofre alterações devido à calcificação da cartilagem, do espaço morto e dos discos intervertebrais. Ocorre diminuição do volume, da difusão do oxigênio, da resposta ventilatória e da elasticidade pulmonar. A pressão parcial do gás carbônico ( $pCO_2$ ) e do oxigênio ( $pO_2$ ) diminuem consideravelmente. Ocorre um acúmulo de secreções nas vias aéreas que as obstrui, aumentando a probabilidade da ocorrência de infecções. (CAMANARO, 2006).

O sistema nervoso é o sistema fisiológico mais comprometido com o processo do envelhecimento, sendo o mesmo responsável por diferentes tipos de sensação, movimentos, funções psíquicas, entre outros. As alterações mais importantes, características do envelhecimento, ocorrem no cérebro, o qual diminui de peso e tamanho. Nota-se uma redução de 5% aos 70 anos e cerca de 20% aos 90 anos de idade. A redução da massa cerebral está associada à perda neuronal, sendo esta não uniforme. Ocorre certo grau de atrofia cortical e, por conseguinte, aumento volumétrico do sistema ventricular, que é uniforme em todas as áreas cerebrais. As regiões cerebrais distintas relacionadas às funções cognitivas apresentam menor ativação coordenada com o envelhecimento. Essa coordenação reduzida da atividade do cérebro é associada com um fraco desempenho em vários domínios cognitivos. Além de ser menos integrada, a atividade neural também se torna menos localizada em algumas regiões do cérebro como, por exemplo, o córtex pré-frontal, em particular em respostas relacionadas à execução de tarefas. Embora a perda de neurônios seja mínima, na maioria das regiões do cérebro do idoso saudável, alterações na fisiologia sináptica durante o envelhecimento podem contribuir para uma conectividade alterada. (CHAGAS, ROCHA, 2012; BISHOP, *et al*, 2010).

Em relação à farmacodinâmica, o envelhecimento pode aumentar ou reduzir a sensibilidade a determinados fármacos, principalmente aos agentes que atuam sobre o sistema nervoso central e sobre o sistema cardiovascular,

em razão das marcantes alterações fisiológicas que ocorrem nestes sistemas. Este fato deve-se, majoritariamente, à modificação na afinidade do fármaco pelo receptor e alterações no número de receptores específicos na resposta intracelular. (DE OLIVEIRA, 2008). As alterações farmacodinâmicas no idoso podem ser desencadeadas por doenças, alterações no mecanismo de controle homeostático, alterações no receptor e pós-receptor, promovendo efeitos como antagonismo, sinergismo, toxicidade, potencialização e efeito rebote de fármacos. (OLIVEIRA, NOVAES, 2012).

Alterações na mobilidade, aumento do risco de quedas, sedação excessiva, redução da acuidade visual e auditiva, vertigem e comprometimento das funções cognitivas podem ser provocados pelo uso de medicamentos em pacientes idosos. Em virtude disso, alguns medicamentos são considerados impróprios para esse grupo, sendo que sua prescrição e utilização devem ser precedidas de análise de risco-benefício. (DE OLIVEIRA, 2008). Os agentes beta-bloqueadores, por exemplo, constituem uma classe de fármacos que deve ser evitada pelos idosos. Nessa fase da vida ocorre menor resposta à sua ação, bem como é observada redução ou ausência de resposta às ações de vasodilatadores como bloqueadores de canais de cálcio e hidralazina. (OLIVEIRA, NOVAES, 2012).

Sabe-se também que os idosos apresentam hipotensão ortostática com mais frequência que pacientes mais jovens. A explicação para o ocorrido é o mau funcionamento dos barorreceptores e dificuldades na autorregulação do fluxo sanguíneo cerebral, ou seja, os mecanismos homeostáticos são menos eficientes naqueles indivíduos. Com frequência a hipotensão ortostática em idosos é agravada pelo uso de simpatolíticos como bloqueadores alfa-adrenérgico, fenotiazinas e antidepressivos tricíclicos, bem como de fármacos redutores de volume como os diuréticos; e de vasodilatadores como os nitratos. (CUNICO, 2002).

O quadro 1 apresenta alguns fármacos considerados potencialmente inapropriados para pacientes idosos e que devem ser prescritos com precaução para esse grupo de pacientes por ocasionarem reações adversas possivelmente arriscadas, de acordo com Beers e Fick 2012. (FICK et al., 2012).

QUADRO 1 - MEDICAMENTOS NÃO RECOMENDADOS PARA IDOSOS, EM FUNÇÃO DO ALTO RISCO DE EFEITOS COLATERAIS, PELOS CRITÉRIOS DE BEERS-FICK E COMERCIALIZADOS NO BRASIL.

<b>Classe terapêutica</b>	<b>Exemplos</b>
Neurolépticos	Tioridazina
Barbitúricos (exceto fenobarbital)	Aminobarbital, Pentobarbital, entre outros
Benzodiazepínicos e ansiolíticos	Lorazepam > 3,0 mg/dia, Alprazolam > 2,0 mg/dia, Clordiazepóxido, Diazepam, Clorazepato, Flurazepam
Antidepressivo tricíclico	Amitriptilina
Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina	Fluoxetina (diariamente) e Sibutramina
Anti-histamínicos	Clorfeniramina, Difenidramina, Hidroxizina, Ciproheptadina, Tripelenamina, Dexclorfeniramina, Prometazina
Antiarrítmicos e anti-hipertensivos	Amiodarona, Digoxina > 0,125 mg/dia (exceto em arritmias atriais), Disopirâmida, Metildopa, Clonidina, Nifedipina, Doxazosina, Dipyridamol, Ticlopidina
Anti-inflamatórios não hormonais	Indometacina, Naproxeno, Piroxicam
Laxantes	Bisacodil, Cascará sagrada, Óleo mineral
Anoréxicos e Anfetaminas	Dietilpropiona, Metilfenidato, entre outros
Miorrelaxantes e antiespasmódicos	Carisoprolol, Clorzoxazona, Ciclobenzaprina, Orfenadrina, Oxibutinina, Hiosciamina, Propantelina, Alcaloides da Belladonna, Meperidina
Diversas	Clorpropamida, Estrogênios não associados (via oral), Extrato de tireóide, Metiltestosterona, Nitrofurantoína, Sulfato ferroso, Cimetidina, Cetorolaco, Ergot e ciclandelata

FONTE: Traduzido e adaptado (FICK *et al.*, 2003, 2012; GORZONI *et al.*, 2012; DE OLIVEIRA, 2008; CUNICO, 2002).

É preciso ter cautela sempre que o uso de um novo medicamento for indicado para um paciente com idade mais avançada, pois prever a extensão de alterações farmacodinâmicas na prática não é uma tarefa fácil. Assim, recomenda-se iniciar o tratamento com doses baixas e aumentá-las

gradativamente conforme a tolerância do paciente. Também se faz importante o monitoramento adequado deste grupo de pacientes e o conhecimento das reações adversas mais comuns a cada classe de fármaco. (OLIVEIRA, NOVAES, 2012; CUNICO, 2002).

A farmacocinética de cada fármaco pode variar dependendo de parâmetros como idade, sexo, peso, índice de massa corporal e funções hepática e renal. Quanto mais um fármaco é estudado em uma população específica, como os idosos, melhor é o entendimento relacionado às doses e aos efeitos adversos. Infelizmente, porém, a farmacologia de muitos medicamentos não tem sido estudada suficientemente em idosos, tornando difícil prever como será sua farmacocinética nestes pacientes (CUNICO, 2002). O envelhecimento do organismo pode influenciar a absorção de medicamentos administrados por via oral, já que ocorrem alterações como redução da secreção gástrica e consequente elevação do pH, diminuição da secreção salivar, diminuição da motilidade e do fluxo sanguíneo gastrintestinais, da superfície de absorção e do transporte ativo. Essas mudanças fisiológicas têm potencial para aumentar ou diminuir a absorção de fármacos, porém, na prática, a absorção é o parâmetro farmacocinético menos influenciado pelo avanço da idade. (CHAGAS, ROCHA, 2012).

A distribuição dos fármacos é afetada pela redução da água corporal total e das proteínas, redução do fluxo sanguíneo hepático e renal e desvio para o cérebro, coração e músculos, pelo aumento da gordura total, redução dos níveis plasmáticos de albumina, diminuição da função renal e da massa muscular, e ainda por práticas comuns a este grupo da população como tabagismo, etilismo, sedentarismo, alimentação errônea e morbidades cardiovasculares, tireoidianas, renais e hepáticas. Essas situações alteram o volume de distribuição e a duração de ação dos fármacos. Os lipossolúveis como benzodiazepínicos e anestésicos como tiopental, têm seu volume de distribuição aumentado devido ao acúmulo no tecido adiposo e sua taxa de excreção reduzida provocando aumento da duração de ação e risco de toxicidade. Em contraponto, as substâncias hidrossolúveis, como o lítio, apresentam seu volume de distribuição reduzido mesmo em doses terapêuticas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Devido a patologias, características catabólicas, debilidade funcional e imobilidade comum à idade avançada, a quantidade de albumina e de outras proteínas plasmáticas também sofre redução. Como consequência, a taxa de ligação a proteínas plasmáticas encontra-se reduzida acarretando alteração do volume de distribuição dos fármacos e aumento da ocorrência de interações medicamentosas resultantes da competição para ligação com as proteínas transportadoras. (DE OLIVEIRA, 2008). A metabolização hepática também é alterada em virtude da diminuição do tamanho e peso do fígado ou da redução do fluxo sanguíneo hepático, sendo que as reações de fase I (redução, oxidação e hidrólise) são diminuídas enquanto as reações de conjugação, pertencentes à fase II, parecem não sofrer alteração com o avanço da idade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Em virtude da diminuição do tamanho dos rins, da capacidade de eliminação renal de fármacos e metabólitos e do fluxo plasmático a excreção renal é reduzida. Quando atinge os 80 anos de idade, um indivíduo reduz de 30 a 40% o número de néfrons, contribuindo, assim, para o aumento do tempo de meia-vida plasmática dos fármacos, potencializando o risco de toxicidade. (OLIVEIRA, NOVAES, 2012).

Tais fatores acima citados contribuem para a necessidade de manutenção de elevados níveis séricos de fármacos pelo organismo do indivíduo idoso, podendo ocasionar o aparecimento de efeitos secundários, prejudiciais ao paciente. As alterações na farmacocinética exigem ajustes na posologia e dose de fármacos utilizados por idosos, bem como o monitoramento contínuo através de doseamento de seus níveis séricos e de seus metabólitos e das provas de funções fisiológicas como creatinina, ureia, enzimas hepáticas, musculares, cardíacas, entre outras. (CUNICO, 2002; DE OLIVEIRA, 2008).

Portanto, a união das alterações nos aspectos fisiológicos e farmacológicos dos idosos, em conjunto com a prevalência de múltiplos problemas de saúde e o uso de vários medicamentos, definem as principais características do processo saúde-doença desta população. (COELHO FILHO, 2000).

### 3.4.1 Polifarmácia

O uso de medicamentos é tido como uma epidemia entre os idosos e reflete um cenário de aumento exponencial da prevalência de doenças crônicas e das sequelas que acompanham o avançar da idade. Alia-se a isso o poder da indústria farmacêutica e do marketing dos medicamentos e a medicalização presente na formação de parte expressiva dos profissionais da saúde. (SECOLI, 2010; CARVALHO et al., 2012).

As consequências do amplo uso de medicamentos têm impacto no âmbito clínico e econômico, repercutindo na segurança do paciente. Além disso, a despeito dos efeitos consideráveis que as mudanças orgânicas decorrentes do envelhecimento ocasionam na resposta aos medicamentos, a intervenção farmacológica é, ainda, a abordagem sanitária mais utilizada no cuidado à pessoa idosa. (MCLEAN, LE COUTEUR, 2004).

A palavra “polifarmácia” tem origem do grego *polis* (muito, vários) e *pharmakon* (droga, tóxico). Foi descrita pela primeira vez em 1959, no *New England Journal of Medicine*. (WERDER, PRESKORN, 2003). Este termo apresenta diversos sinônimos, dentre eles, polifarmacoterapia, polimedicação, polifármacos, plurimedicação e multimedicação. Embora existam diversos termos disponíveis na literatura científica, a palavra-chave mais utilizada é “polifarmácia” em razão dos descritores de língua estrangeira do inglês *polypharmacy* e do espanhol *polifarmacia*. (DECS, 2006; GUERRA, et al., 2006; LESAGE, 1991).

De acordo com os Descritores em Ciência da Saúde (DECS), o termo “polifarmácia” conceitua-se como sendo: “administração de múltiplos medicamentos ao mesmo paciente, mais comumente vista em idosos. Inclui também a administração de medicação excessiva. Uma vez que nos Estados Unidos os medicamentos, em sua maioria, são distribuídos como formulação de um único fármaco, a polimedicação, embora caracterizada como a administração de muitos medicamentos ao mesmo paciente, deve ser diferenciada de medicamentos que são preparações únicas contendo dois ou mais fármacos em uma dose fixa combinada, e da combinação de terapia medicamentosa em que dois ou mais medicamentos são administrados separadamente para um efeito combinado”. (DECS, 2006).

A polifarmácia apresenta diferentes definições, desde a qualitativa até a quantitativa. A definição qualitativa corresponde à prescrição, administração ou uso de uma quantidade superior de medicamentos do que é clinicamente indicada ao paciente, sendo esta a mais utilizada nos Estados Unidos. (ROLLASON, VOGT, 2003; FULTON, ALLEN, 2005).

Em pacientes idosos, além do elevado número de morbidades, hospitalizações recorrentes, a automedicação e aumento do número de atendimentos clínicos, fatores como distúrbios psiquiátricos (esquizofrenia, depressão, abuso de substâncias lícitas e ilícitas), distúrbios neurológicos (demência, dor crônica, insônia), distúrbios clínicos (obesidade, diabetes, hipertensão crônica, doença arterial coronariana) e variáveis psicossociais (baixa condição socioeconômica, baixo nível de educação, desemprego, automedicação, entre outros) são importantes fatores de risco para polifarmácia. (WERDER, 2003).

Segundo Rollason e Vogt a polifarmácia pode promover diversas consequências. Conforme aumenta a complexidade do tratamento farmacológico, aumentam os fatores relacionados a não adesão ao tratamento, eventos adversos, interação medicamentosa, risco de hospitalização e custo com a medicação. (ROLLASON, VOGT, 2003). Comumente o número de medicamentos que o idoso necessita utilizar diariamente provoca a não adesão ao tratamento medicamentoso, inicialmente devido a fatores relacionados com as características físicas do medicamento, tais como forma farmacêutica, odor, sabor, entre outros, dificuldades em relação à posologia e fisiologia do envelhecimento e, em segundo momento, devido ao custo de um tratamento plurimedamentoso. (BEERS, et al., 2000a; BEERS, et al., 2000b).

Devido a mudanças nos aspectos farmacocinéticos e farmacodinâmicos de medicamentos, diminuição do controle da homeostase, da capacidade de armazenamento do fármaco e a polifarmácia, o idoso tem um risco maior em relação aos indivíduos mais jovens de desenvolver reações adversas. Estudo descrito pela OMS relatou que 18% da população apresentou prevalência de reações adversas quando utilizavam até seis medicamentos e 80% quando acima de seis medicamentos. Ainda segundo a OMS, de 10 a 20% dos pacientes internados por problemas geriátricos, 5 a 12% têm como principal causa da internação as reações adversas, sendo as classes terapêuticas mais



prevalentes os psicotrópicos de todos os tipos, glicosídeos digitálicos, anti-inflamatórios não esteroidais e antiparkinsonianos. (OFFERHAUS, 1997; CARVALHO, et al., 2012).

### 3.5 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE POPULAÇÕES IDOSAS

As pesquisas qualitativas e as quantitativas têm como base do seu delineamento questões ou problemas específicos, adotando, ambas, a utilização de questionários e entrevistas. (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008). Segundo Minayo (2001), a entrevista é o procedimento mais utilizado para coleta de dados no trabalho de campo. Visto a característica de que os fatos são relatados pelos atores que vivenciam a realidade que está sendo estudada, a entrevista pode ser uma conversa despretensiosa e neutra. É aplicada pessoalmente, sendo que o entrevistador vai até o entrevistado para realizar a coleta de dados.

Pinsonneault e Kramer (1993) classificam a metodologia de pesquisa denominada de *survey*, quanto ao seu propósito em: explanatória, exploratória e descritiva. Sendo a descritiva aquela que busca identificar quais situações, eventos, atitudes ou opiniões estão manifestas em uma população; descreve a distribuição de algum fenômeno na população ou entre os subgrupos de uma população, ou, ainda, faz uma comparação entre essas distribuições. Neste tipo de *survey* a hipótese não é causal, mas tem o propósito de verificar se a percepção dos fatos está ou não de acordo com a realidade. (PINSONNEAULT, KRAMER, 1993; FREITAS, et al., 2000).

Quanto ao número de momentos, o presente estudo apresenta delineamento corte-transversal, onde a exposição e a condição de saúde do participante são determinadas simultaneamente e no qual a coleta de dados ocorre em um só momento, pretendendo descrever e analisar o estado de uma ou várias variáveis em um dado momento, não existindo, portanto, um período de seguimento dos indivíduos, fornecendo um retrato da situação naquele momento. (FREITAS, et al., 2000; LIMA-COSTA, BARRETO, 2003; SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2003).

Na atenção à saúde do idoso, o profissional de saúde deve procurar evidências de funcionamento anormal ou de fatores de risco que contribuam

para os problemas de saúde. Destarte, torna-se importante o emprego de instrumentos investigativos bem elaborados, capazes de orientar o registro de dados relevantes da situação atual do paciente, sendo de fundamental importância considerar a qualidade e a quantidade da informação disponível. Além disso, o profissional de saúde depara-se rotineiramente com a grande diversidade de sintomas e sinais frequentemente manifestos pelos idosos, que são particularmente menos característicos e evidentes que nos jovens, exigindo constante atenção e percepção a fim de não subestimar os indícios menos evidentes e, em contrapartida, não valorizar excessivamente aspectos decorrentes do processo natural de envelhecimento. Estes dados formam a base para planejar o cuidado dos pacientes geriátricos. (ROACH, 2003; RIBEIRO, MARIN, 2009).

### 3.5.1 Perfil sociodemográfico

As condições socioeconômicas dos indivíduos, o lugar onde vivem, a qualidade dos equipamentos sociais aos quais têm acesso, a sensibilidade, a humanização e o compromisso da equipe profissional são determinantes na eficácia do cuidado em saúde. (RODRIGUES, et al., 2011).

Como já descrito anteriormente, as variáveis psicossociais, tais como condição socioeconômica, nível de educação, ocupação, estado civil, entre outros, impactam diretamente sobre a tomada de medicamentos, e, por conseguinte, na efetividade do tratamento farmacológico. (WERDER, 2003).

Assim, o conhecimento do perfil sociodemográfico de uma população se faz importante, principalmente quando a população em estudo se trata de pacientes idosos, visto que neste grupo, em específico, tais variáveis psicossociais têm maior influência sobre a saúde e qualidade de vida dos mesmos. (PILGER, et al., 2011).

O questionário sócio demográfico, composto por perguntas abertas e fechadas, tem como objetivo traçar o perfil social e econômico da população em estudo, podendo ser autoaplicável ou respondido através de entrevista face-a-face. (LENARDT, CARNEIRO, 2013).

Esta ferramenta fornece uma ideia geral sobre a situação pessoal e doméstica da pessoa idosa, permitindo relacionar características demográficas

com possíveis problemas de saúde e de cuidado a serem investigados com outros instrumentos de coleta de dados. (VERAS, DUTRA, 2008).

### 3.5.2 Estado de saúde

A OMS define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”, sendo esta última parte um componente essencial desse conceito e dele não devendo ser separado, sob pena de reduzi-lo à total utopia, principalmente do ponto de vista médico. (JUNIOR, 2005).

Diversos são os instrumentos utilizados para a mensuração do estado de saúde da população, de modo que a maioria destes avalia conjuntamente saúde física, saúde mental, grau de dependência, atividades cotidianas, antropometria, avaliação dietética, avaliação clínica geral e estado nutricional. É considerado o melhor método aquele que atende os objetivos da pesquisa. (ACUNÃ, CRUZ, 2004).

O questionário BOAS (*Brazil Old Age Schedule*) é uma ferramenta funcional multidimensional desenvolvido para a população idosa, baseado em outros instrumentos que encontram padrões aceitáveis de validade e confiabilidade, como os questionários PAHO, CARE e OARS (VERAS, 1994). Essa ferramenta foi elaborada no ano de 1986, na Inglaterra, primariamente, para discussões internas do departamento de Psicogeriatria do *Guy's Hospital*, da Universidade de Londres, e posteriormente foi apresentado como forma de tese de doutorado por Renato Veras para esta mesma instituição. Desde então o BOAS vem sendo utilizado em diversos estudos com idosos, podendo ser empregado em sua concepção original ou adaptado a outros instrumentos de coleta de dados (VERAS, DUTRA, 2008; PILGER, et al., 2011), sendo que em 2007 esse instrumento passou por uma criteriosa revisão para pequenas correções. (VERAS, DUTRA, 2008).

O questionário BOAS é dividido em nove seções, sendo elas denominadas, respectivamente: informações gerais, saúde física, utilização de serviços médicos e dentários, atividades da vida diária, recursos sociais, recursos econômicos, saúde mental, necessidades e problemas que afetam o entrevistado e avaliação do entrevistador. Juntas, estas seções objetivam

assegurar informações sobre as principais características, necessidades e problemas da população idosa de um centro urbano. Cada seção específica pretende explorar, com alguma profundidade, as áreas consideradas importantes. (VERAS, 1994).

A seção I, denominada informações gerais, destina-se a obter informações sobre a situação financeira e social dos participantes do estudo, sendo que as informações obtidas serão posteriormente relacionadas com possíveis problemas de saúde. Na seção II (saúde física) estão inclusas perguntas que objetivam verificar a opinião do entrevistado em relação ao seu estado geral de saúde e como este se compara com os últimos anos de sua vida e com outras pessoas de sua faixa etária, seus maiores problemas de saúde e como estes podem afetar seus padrões habituais de atividades. Estão contidas também perguntas sobre problemas específicos que afetam os padrões funcionais do idoso. (VERAS, DUTRA, 2008; PILGER, et al., 2011). Obter informações quanto ao conhecimento, direitos, uso e grau de satisfação por parte do idoso em relação a vários tipos de serviços médicos é propósito da seção III (utilização de serviços médicos e dentários). Nesta seção estão contidas perguntas relativas aos tipos de ajuda e/ou apoio utilizados pelo idoso, seus hábitos de consumo de medicamentos e as dificuldades para adquiri-los, e, também, relativas à frequência com que nos últimos três meses utilizou os serviços médicos e dentários. (VERAS, 1994).

A seção IV (atividades da vida diária) compreende perguntas relacionadas ao grau de autonomia funcional na execução das atividades do dia-a-dia, verificação de assistência real ou potencial para a realização de tais atividades e sobre o grau de dependência e relativa adaptabilidade do idoso ao seu ambiente físico e social. As perguntas alocadas na seção V objetivam avaliar vários aspectos e dimensões de satisfação do idoso nas suas relações com família e vizinhos, os tipos de ajuda e assistência recíprocas, o grau de interação familiar e comunitária e de isolamento. O propósito da seção VI, denominada recursos econômicos, é obter informações sobre a situação de trabalho/aposentadoria do idoso. Incluem-se perguntas relativas às condições de conforto doméstico e ao tipo de ocupação do imóvel, comparação de renda atual com a dos anos anteriores e o grau de satisfação do idoso em relação às

suas necessidades básicas supridas por sua renda. (VERAS, DUTRA, 2008; PILGER, et al., 2011).

A seção denominada saúde mental, que corresponde à seção VII, inclui perguntas destinadas a detectar, no quadro de saúde mental do idoso, os casos de depressão e demência. Todas as perguntas são completamente estruturadas e o entrevistador não precisa fazer avaliações pessoais. Pontos de corte foram estipulados para indicar a presença de “casos suspeitos” (VERAS, 1994). A seção VIII (necessidades e problemas que afetam o entrevistado) inclui perguntas destinadas a fornecer uma indicação mais específica sobre os tipos de necessidades que o idoso experimenta em sua vida diária, a extensão em que essas necessidades se verificam, e os problemas que ele considera mais importantes. (VERAS, DUTRA, 2008).

Por fim, a seção IX, que finaliza o questionário e é denominada avaliação do entrevistador, inclui perguntas que devem ser respondidas pelo responsável por aplicar a entrevista ao final da mesma. Esta seção permite que se avalie a confiabilidade das informações obtidas do entrevistado. (VERAS, DUTRA, 2008).

### 3.5.3 Complexidade da farmacoterapia

A complexidade da farmacoterapia é reflexo de múltiplas características do regime prescrito, incluindo o número de diferentes medicamentos no esquema terapêutico, o número de unidades de dosagem por dose, o número total de doses por dia e os cuidados na administração dos medicamentos. (MELCHORS; CORRER; FERNANDEZ-LLIMOS, 2007). Diversos estudos apontam a complexidade da farmacoterapia como um dos principais fatores para a não adesão ao tratamento. (RYAN, 1999; TROTTA, et al. 2002; LEVY, 2001, DILORIO, et al., 2003; MELCHORS, CORRER, FERNANDEZ-LLIMOS, 2007). Diante disto, somado à dificuldade em se uniformizar a forma de medir esse parâmetro, George e colaboradores desenvolveram um índice, denominado *Medication Regimen Complexity Index* (MRCI), originalmente na língua inglesa. O MRCI é uma ferramenta utilizada para medir a complexidade da farmacoterapia de um paciente individual, e está dividido em três seções: A, B e C. A seção “A” corresponde às informações sobre formas de dosagens; a

seção “B” às informações sobre frequência de doses; e a seção “C” corresponde às informações adicionais, como horários específicos e uso com alimentos, entre outras. Cada seção é pontuada a partir da análise da farmacoterapia do paciente e o índice de complexidade é obtido pela soma dos pontos (escores) das três seções. (BORGES, 2011).

O MRCI foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Melchior e colaboradores, em 2007. O processo de adaptação transcultural resultou na versão em português do instrumento denominado Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT). O instrumento traduzido inclui instruções para sua utilização e mantém a apresentação do instrumento original. (MELCHIOR, CORRER, FERNANDEZ-LLIMOS, 2007). Assim como no instrumento original (MRCI), o ICFT em português possui três seções. Por ser um instrumento preenchido pelo profissional da saúde e não pelo paciente, seu formato permite que vários medicamentos e informações adicionais entrem na avaliação, tornando-a mais ampla. (BORGES, 2011).

O ICFT pode ser utilizado em qualquer tipo de paciente ou tratamento farmacológico e demonstra possuir qualidade psicométrica adequada, podendo ser utilizado para comparar tantos grupos de pacientes como pacientes de forma individual. Sua utilidade na prática e pesquisa clínicas pode se dar na análise tanto dos determinantes da adesão à farmacoterapia como dos efeitos de intervenções em saúde sobre a complexidade da farmacoterapia. (MELCHIOR, CORRER, FERNANDEZ-LLIMOS, 2007).

#### 3.5.4 Qualidade de vida

A qualidade de vida tem sido reconhecida como um dos objetivos centrais do atendimento em saúde. A crescente preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida vem de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Assim, qualidade de vida é abordada, por muitos autores, como sinônimo de saúde, e por outros como um conceito mais abrangente, em que as condições de saúde seriam um dos aspectos a serem considerados, sem que, no entanto, se tenha chegado próximo a um consenso conceitual.

(FLECK, CHACHAMOVICH, TRENTINI, 2006; PEREIRA, TEIXEIRA, SANTOS, 2012).

A OMS, a partir do início dos anos 90, constatou que as medidas de qualidade de vida revestem-se de particular importância na avaliação de saúde, tanto dentro de uma perspectiva individual como social. Há múltiplas escalas de avaliação de qualidade de vida. Todavia, existem diferenças em relação aos aspectos conceituais subjacentes, à importância dada à subjetividade, bem como à natureza e ao peso de cada domínio para avaliação de qualidade de vida. (PEREIRA, TEIXEIRA, SANTOS, 2012).

Os instrumentos para avaliação da qualidade de vida variam de acordo com a abordagem e objetivos do estudo. Instrumentos como o *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)* para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde e do WHOQOL para avaliação da qualidade de vida geral são tentativas de padronização das medidas permitindo comparação entre estudos e culturas. (PEREIRA, TEIXEIRA, SANTOS, 2012).

O WHOQOL foi desenvolvido pelo grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), traduzido e validado para o português por pesquisadores na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Este questionário tem por objetivo avaliar a qualidade de vida geral das pessoas adultas em diferentes culturas. Foram validadas duas versões do instrumento: a versão longa e a versão curta. A primeira, denominada “WHOQOL-100”, considera seis domínios para análise: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais, religião e crenças pessoais. (FLECK, et al., 1999). Já a segunda, intitulada “WHOQOL-Bref”, considera quatro domínios para análise da qualidade de vida, sendo eles físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. (FLECK, et al., 2000).

Com o objetivo principal de desenvolver e testar um módulo específico de avaliação de qualidade de vida em idosos, com propriedades de uso transcultural que pudesse comparar o envelhecimento doente com o envelhecimento saudável, o WHOQOL desenvolveu o instrumento WHOQOL-OLD, contando com a participação de 22 centros, representando todos os continentes. Este questionário inclui perguntas a respeito dos pensamentos, sentimentos e aspectos específicos da qualidade de vida da população idosa,

sendo composto por 24 questões. Contudo, o mesmo não deve ser aplicado individualmente, mas sim em conjunto com o instrumento WHOQOL-Bref. (FLECK, CHACHAMOVICH, TRENTINI, 2006; PEREIRA, TEIXEIRA, SANTOS, 2012).



## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo trata de uma pesquisa quantitativa avaliativa, com o propósito descritivo e analítico e número de momento corte-transversal. Visou, assim, avaliar o perfil psicossocial e de saúde dos idosos assistidos em diferentes instituições de cuidado de Curitiba. O método quantitativo adotado na pesquisa trata-se de uma técnica especialmente projetada para gerar medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise estatística.

Para melhor entendimento do desenvolvimento do trabalho, o mesmo foi didaticamente dividido em três fases metodológicas: fase exploratória, trabalho de campo e análise e interpretação.

### 4.1 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi inicialmente submetido à análise pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná (CEP/UFPR) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde (CEP/SMS) da cidade de Curitiba, que foi previamente autorizado pela administração das instituições de cuidado em saúde de idosos contempladas na presente proposta.

Para assegurar os direitos dos participantes, foram observados todos os itens presentes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e antes de iniciar qualquer um dos procedimentos que fazem parte da presente pesquisa, os pacientes receberam uma ampla explicação sobre a natureza do trabalho e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso de pacientes idosos com capacidade cognitiva diminuída, o familiar ou acompanhante pôde responder ou complementar as informações fornecidas, e assim também assinou o TCLE.

Este estudo foi aprovado pelo CEP/UFPR sob o CAAE: 49336215.0.0000.0102 e pelo CEP/SMS sob o protocolo nº 12/2016, em anexo.

## 4.2 FASE EXPLORATÓRIA

Na fase exploratória foram incluídas as tarefas de definição do projeto e do objeto da pesquisa, as estratégias para a realização do trabalho de campo, definição de instrumentos para coletas de dados e levantamento de material bibliográfico e documental. (FONTE, 2004).

### 4.2.1 Levantamento bibliográfico acerca dos idosos no Brasil e no mundo

A fim de estabelecer um embasamento teórico sólido acerca dos idosos no Brasil e no mundo, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas MEDLINE (via Pubmed), Web of Science, IPA, Scopus e Scielo, por meio da qual se verificou: qual a situação demográfica dos idosos, quais são e como funcionam as principais políticas de assistência ao idoso, quais os principais tipos de instituições que oferecem cuidados em saúde a tal população, quais os aspectos fisiológicos e farmacológicos que cercam a população idosa e quais os métodos eficazes para a avaliação do perfil sociodemográfico, estado de saúde, complexidade da farmacoterapia e qualidade de vida desta população. Para a busca de informações foram utilizados os seguintes descritores: idosos (*elderly; aged*), situação demográfica (*demographic situation*), envelhecimento populacional (*population aging*), políticas de assistência (*assistance policies*), estado de saúde (*health status*), farmacologia (*pharmacology*), fisiologia (*physiology*), medicamentos inapropriados (*inappropriate medications*), cuidados em saúde (*health care*), qualidade de vida (*quality of life*), comunidade (*community*), instituições de longa permanência (*long permanence institutions; home nurse; academic long-term care*), hospitais especializados (*specialized hospitals*) e polifarmácia (*polypharmacy*). Quando apropriado, foram utilizados descritores booleanos “AND” e “OR” e filtros de busca. Foram considerados trabalhos publicados em português, inglês, francês ou espanhol, sem limite de data.

#### 4.2.2 Definição do tamanho amostral

O cálculo do tamanho amostral foi feito com base na estimativa da proporção populacional, referente às características de idosos institucionalizados, visto que esta população se trata da menos volumosa em números dentre as que foram avaliadas no presente estudo. Segundo Petri e Bastos (2005), estima-se que de 1985 a 2060 o número de idosos institucionalizados no Brasil aumentará de 1,3 milhões para 4,5 milhões. (PETRI; BASTOS, 2005). Com base em tal estimativa, calcula-se que o número de pacientes institucionalizados no ano de 2014 foi aproximadamente 2,6 milhões de idosos. Visto tal informação e levando-se em consideração que o número aproximado de idosos no Brasil no ano de 2014 seja de 26,7 milhões de indivíduos, adota-se como aproximadamente 9,74% a porcentagem de idosos institucionalizados em relação ao número total de idosos no Brasil (IBGE, 2014). Em posse de tais informações, aplicou-se a seguinte fórmula estatística:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Na qual:

n = Número de indivíduos na amostra.

$Z_{\alpha/2}$  = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado (no presente estudo 1,96, grau de confiança de 95% e  $\alpha$  de 0,05).

p = Proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria interessada no estudo (no presente estudo 0,0974).

q = Proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria interessada ( $q = 1 - p$ ) (no presente estudo 0,9026).

E = Margem de erro ou erro máximo de estimativa (no presente estudo 0,06).

Após resolução da equação apresentada acima se encontrou o valor de n de 93,80, o qual foi aproximado para 94 indivíduos. Assim, determinou-se que o número amostral total do estudo considerando os três grupos de pacientes avaliados seria de 282 idosos, sendo que cada um dos grupos em estudo (idosos institucionalizados, hospitalizados e residentes em comunidade)

foi composto por 94 indivíduos. Os participantes da pesquisa foram selecionados por conveniência. (TRIOLA, 1999).

#### 4.2.3 Critérios de inclusão e exclusão

O critério de inclusão para os participantes do estudo foi idade igual ou superior a 60 anos, sendo que as instituições de cuidado que foram selecionadas deveriam atender às seguintes condições: apresentar estrutura de prontuário estabelecida e amplamente utilizada, dispor de equipe multidisciplinar na assistência do paciente, possuir disponibilidade para contato com os profissionais envolvidos no cuidado do paciente, ter disponibilidade de contato com os pacientes e cuidadores. Foram excluídos do estudo pacientes que possuíam capacidade cognitiva comprometida, de acordo com classificação realizada pelo médico e descrita em prontuários, e que não estivessem acompanhados de familiares ou cuidadores, ou que estes não autorizassem a participação do indivíduo na pesquisa. (ARAUJO *et al.*, 2008).

O contato inicial com cada uma das instituições de cuidado pré-selecionadas se deu por contato telefônico, de preferência com o responsável pela mesma, em que lhes foram apresentados os objetivos do projeto e lhes foi indagado se havia ou não interesse em participar do estudo. Frente à resposta positiva, ficou sob a responsabilidade do pesquisador principal deste estudo se dirigir à instituição de cuidado para coleta das autorizações pertinentes para a realização do trabalho.

#### 4.3 TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo foi constituído da realização de uma série de técnicas como entrevistas, observações e coleta de informações em fichas e prontuários. (MINAYO, 2001).

A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro a agosto de 2016. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, compostas de perguntas abertas e fechadas, sobre aspectos sociodemográficos, condições de saúde física e mental, farmacoterapia,

qualidade de vida e auto-percepção de vida cotidiana dos idosos. Os nomes dos participantes da pesquisa serão mantidos em sigilo.

#### 4.3.1 Caracterização do perfil sociodemográfico

A fim de caracterizar a população do estudo, foram analisados os dados sociodemográficos, tais como: idade, sexo, naturalidade, etnia, estado civil, se possui ou não filhos, com quem mora, escolaridade, aposentadoria, profissão, renda e religião. As informações foram obtidas através da utilização de questionário previamente elaborado pelos autores do projeto e aplicado por meio de entrevista face-a-face com os pacientes e cuidadores. As mesmas informações foram consultadas em fichas institucionais e prontuários, com o objetivo de comparar as informações obtidas por meio da entrevista e complementar dados não informados ou faltantes. (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

#### 4.3.2 Definição do perfil de saúde

Para conhecimento e avaliação do estado de saúde dos idosos pertencentes à amostra foi utilizado o questionário BOAS. Este corresponde a uma ferramenta multidimensional que cobre diversas áreas da vida do idoso, contemplando aspectos físicos e mentais, atividades cotidianas e situação social e econômica. O questionário BOAS é dividido em nove seções, destas apenas três foram utilizadas no presente estudo, visto que as demais se assemelham as outras ferramentas utilizadas na pesquisa, as quais demandam menos tempo para aplicação. A escolha das três seções do questionário BOAS utilizadas seguiu a metodologia aplicada por Veras e Dutra em estudo anterior realizado no ano de 2008. Foram empregadas as seguintes seções do questionário BOAS: a seção II, referente à saúde física do paciente, seção VII que corresponde à saúde mental e seção IX referente à avaliação do entrevistador. (VERAS; DUTRA, 2008). As informações obtidas através da entrevista e utilização do questionário BOAS com os pacientes foram comparadas com dados obtidos através dos prontuários e fichas médicas, com

a finalidade de definir qual é o grau de entendimento dos pacientes quanto ao seu verdadeiro estado de saúde. Nos prontuários e fichas médicas foram buscadas informações relacionadas ao histórico de problemas de saúde, nível de interferência destes problemas no cotidiano do paciente, histórico de quedas, capacidade visual e auditiva, saúde bucal, problemas urinários e digestivos, capacidade de memória, capacidade cognitiva, indícios de depressão, vivacidade e hábitos alimentares.

#### 4.3.3 Avaliação da complexidade da farmacoterapia

A avaliação da complexidade da farmacoterapia dos pacientes idosos foi realizada através da utilização do Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT), na versão portuguesa validada para o Brasil. (MELCHIORS; CORRER; FERNANDEZ-LLIMOS, 2007). Para aplicação de tal instrumento o pesquisador principal deste estudo coletou de prontuários e de prescrições informações referentes ao número de medicamentos prescritos por médicos e farmacêuticos, de forma crônica ou aguda, as formas farmacêuticas utilizadas, posologias e principais instruções a seguir na administração de cada medicamento. O ICFT é um instrumento constituído por 65 itens, dispostos em três seções: A, B e C. O índice de complexidade de um esquema terapêutico é definido pela soma da pontuação obtida nas três seções, sendo que a cada medicamento utilizado pelo paciente é atribuído um valor. (BORGES, 2011).

#### 4.3.4 Avaliação da qualidade de vida

Para a avaliação da qualidade de vida (QV) dos idosos pertencentes à amostra os dados foram coletados através da utilização em conjunto do instrumento genérico para avaliação de qualidade de vida WHOQOL-Abreviado (WHOQOL-bref) e do instrumento específico para avaliação da QV em populações idosas WHOQOL-OLD, na versão traduzida e validada para a língua portuguesa (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006). O WHOQOL-bref é composto de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e 24 referentes aos quatro domínios a serem avaliados – domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente -, com resposta por escala tipo

Likert de 1 a 5. (FLECK; LOUZADA; *et al*, 2000). Já no módulo WHOQOL-OLD constam 24 itens, também com resposta por escala tipo Likert, divididos em seis facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade. Cada faceta é composta por quatro itens, gerando então escores que variam de 4 a 20 pontos. Os escores das seis facetas combinados com as respostas aos 24 itens geram um escore total. (CHACHAMOVICH, 2005). Os instrumentos em questão são autoaplicáveis, porém, para o presente estudo, optou-se pela entrevista direta com o paciente, para garantir o pleno entendimento das questões pelo mesmo e a maior confiabilidade dos dados obtidos.

#### 4.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO

Esta última fase foi de análise e interpretação do material recolhido em campo e o confronto com a investigação teórica anterior. (MINAYO, 2001).

Os dados obtidos após a aplicação dos diferentes instrumentos foram organizados e armazenados em planilhas por meio do *software* Microsoft Excel®, versão 2010. Para a análise dos resultados, foi utilizado o *software* STATISTICA (*Stat Soft*, Tulsa – USA, versão 10.0), sendo estabelecido um intervalo de confiança (IC) de 95% para todos os testes aplicados. Valores de p inferiores a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

Com o objetivo de analisar a normalidade dos dados obtidos foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov e, considerando os resultados, os achados referentes à aplicação dos instrumentos de coleta foram apresentados como mediana e intervalo interquartil (mediana; IQ) para aqueles que apresentaram distribuição não normal e como média e desvio padrão para aqueles com distribuição normal. (LENARDT; CARNEIRO, 2013).

Após avaliação da normalidade foi realizada a estatística descritiva e a inferencial, assim como a comparação dos diferentes parâmetros entre os três grupos. Para as variáveis que apresentaram distribuição normal foi aplicado o teste de análise de variância (ANOVA). Já aqueles com distribuição não normal foram submetidos ao teste de Kruskal-Wallis. Ainda, para as variáveis que apresentaram diferença significativa entre os grupos foi aplicado o teste de

Tukey para comparação das múltiplas médias, a fim de avaliar a magnitude da diferença testando o contraste entre os valores centrais.



## 5 RESULTADOS

Seguindo a metodologia descrita previamente, as coletas de dados dos prontuários e as entrevistas face-a-face com os pacientes selecionados para participar da pesquisa foram realizadas em três diferentes instituições de cuidado em saúde, as quais cumpriram os critérios de inclusão estabelecidos no desenvolvimento do presente estudo. São elas o Hospital do Idoso Zilda Arns, Associação Cristã Mennonita (Lar Betesda) e a Unidade Básica de Saúde Tapajós, todas as três pertencentes ao município de Curitiba, Paraná.

Tendo em vista que este trabalho teve por objetivo avaliar a condição de saúde e a qualidade de vida de pacientes idosos atendidos por diferentes instituições de cuidado, os resultados foram didaticamente divididos em seções, de modo que cada uma delas representa uma população ou um ponto estudado.

### 5.1 IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Situado no bairro Xaxim, o Lar Betesda é destinado ao abrigo de indivíduos com idade acima de 60 anos, que não possuem condições de manutenção da própria sobrevivência ou que apresentem vulnerabilidade familiar. Tem por objetivo proporcionar atendimento integral de vida assistida em suas dependências, através de um conjunto de serviços especializados que visam à promoção e manutenção da saúde física, emocional, cuidados pessoais e convívio social. Recebe homens e mulheres na terceira idade e tem estrutura para atendê-los em todos os graus de dependência. O Lar é composto de três alas que juntas atendem 113 idosos: ala 01 - com acomodações individuais ou duplas contendo 29 apartamentos; ala 02 - com acomodações duplas com 22 apartamentos e ala 03 - com acomodações para residentes acamados com 20 apartamentos/leitos.

Compõe a equipe multiprofissional contratada pelo Lar Betesda: quatro enfermeiras, responsáveis pela supervisão da assistência provida aos pacientes e pelo cumprimento das atribuições administrativas da instituição, dez técnicos de enfermagem que atuam na assistência direta e no cuidado dos moradores, cinco auxiliares de enfermagem para auxílio dos idosos na

execução das atividades diárias, uma nutricionista responsável pela articulação de estratégias de ação em prol da alimentação saudável, uma farmacêutica que atua na gestão de estoque de medicamentos e materiais e dois fisioterapeutas que buscam a prevenção e a manutenção das funcionalidades dos idosos. A ILPI em questão ainda conta com uma equipe de serviços terceirizados composta por médico geriatra, odontogeriatra, convênio Ecco Salva, fonoaudióloga e serviços de salão de beleza.

A coleta de dados dos prontuários foi realizada no próprio Lar Betesda sob a supervisão da enfermeira responsável pelo plantão. A população que atendeu aos critérios de inclusão do estudo foi composta por 81,91% de mulheres ( $p < 0,001$ ), sendo a média de idade dos participantes igual a 83,36 ( $DP \pm 7,75$ ) anos. A descrição completa dos itens abordados no questionário de perfil sociodemográfico encontra-se detalhada na Tabela 1.

O tempo mediano de institucionalização da amostra, foi de 3 anos (intervalo interquartil: 2-6), sendo o mais antigo dos moradores residente há 36 anos e o mais recente há um ano.

Com base na legislação 283 de 26 de setembro de 2005, os idosos institucionalizados foram classificados em razão do seu grau de dependência. A porcentagem de idosos considerado grau de dependência I, ou seja, idosos independentes na amostra, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda, foi de 35,11%. Já os pacientes enquadrados em grau II, isto é, idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como alimentação, mobilidade, higiene, sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada, corresponderam a 39,36%. Por fim, os pacientes de grau III, idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo, representaram 25,53% da amostra.

## 5.2 IDOSOS HOSPITALIZADOS

O Hospital do Idoso Zilda Arns, localizado no bairro Pinheirinho, tem como missão prestar cuidado integral e multiprofissional com ênfase na saúde do idoso, sendo uma das suas diretrizes de modelo assistencial contribuir com a comunidade científica como instituição geradora de conhecimento em

geriatria e gerontologia, e na formação de profissionais qualificados para prestar o cuidado ao idoso. Possui uma estrutura hospitalar de 131 leitos distribuídos em diversos setores, tais como enfermaria, UTI e emergência. A instituição possui um sistema informatizado de gestão hospitalar, no qual estão todas as informações consideradas essenciais para o cuidado dos pacientes, inclusive o prontuário em formato eletrônico, fonte de material utilizado para o presente estudo. A coleta de dados no hospital foi supervisionada pela diretora acadêmica do instituto de ensino e pesquisa da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba – FEAES.

As principais causas de internação hospitalar, informação esta coletada através do prontuário, foram doenças do aparelho circulatório (30,97%), seguida de problemas respiratórios (25,33%). A média de idade da população em questão foi de 78,72 (DP $\pm$ 7,16) anos e 53,19% dos indivíduos pertenciam ao sexo masculino. As demais informações acerca do perfil sociodemográfico dos idosos hospitalizados encontram-se detalhas na Tabela 1.

A mediana do tempo de internamento dos idosos foi de seis meses (intervalo interquartil: 5-8), sendo o mínimo de quatro e o máximo de 13 meses. Dos 94 idosos pertencentes a esta parcela da população, 7,44% encontravam-se com a alta hospitalar confirmada pela equipe multidisciplinar, porém aguardavam orientações do serviço social da instituição que procurava vagas em instituições de longa permanência e casas de apoio, pois os mesmos não possuíam assistência familiar e/ou condições de realizar os seus próprios cuidados.

### 5.3 IDOSOS RESIDENTES EM COMUNIDADE

A Unidade Básica de Saúde Tapajós, localizada no bairro Xaxim, integra o Programa de Estratégia de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Curitiba. Realiza atendimentos de enfermagem, médico e odontológico, conta com diversas especialidades médicas e uma equipe multidisciplinar que compõem o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), constituída por assistente social, profissional da educação física, farmacêutico fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional. Oferece, ainda, serviços de curativo, retirada de pontos, aplicação de injetáveis, nebulização, imunização,

pré-natal, coleta de material para exame laboratorial, coleta de citopatológico, vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis, encaminhamento para internação e para consultas especializadas. Por ser subordinada à Secretaria de Saúde, a unidade utiliza o sistema informatizado de gestão em saúde da Prefeitura de Curitiba, que permite acesso ao prontuário de todos os pacientes atendidos pela rede municipal de saúde. A coleta de dados foi orientada pela enfermeira autoridade sanitária da unidade.

A estatística descritiva dos resultados obtidos com esta porção da amostra revelou que 61,70% dos idosos eram mulheres. A média de idade dos participantes foi de 79,01 (DP±7,64) anos. A descrição do perfil sociodemográfico completo encontra-se detalhada na Tabela 1.

TABELA 1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS IDOSOS

Continua

<b>Variável</b>	<b>n<sup>a</sup> (%)</b>		
<b>n</b>	Institucionalizados (94)	Hospitalizados (94)	Comunidade (94)
<b>Sexo</b>			
Feminino	77 (81,9)	44 (46,81)	58 (61,70)
Masculino	17 (18,09)	50 (53,19)	36 (38,30)
<b>Naturalidade</b>			
Centro-oeste	7 (7,45)	8 (8,51)	6 (6,38)
Nordeste	4 (4,26)	5 (5,32)	10 (10,64)
Norte	1 (1,06)	3 (3,19)	9 (9,58)
Sudeste	7 (7,45)	6 (6,38)	3 (3,19)
Sul	62 (65,96)	70 (74,47)	63 (67,02)
Estrangeiro	13 (13,83)	2 (2,13)	3 (3,19)
<b>Etnia</b>			
Caucasiano	64 (68,09)	67 (71,28)	58 (61,70)
Negro	8 (8,51)	9 (9,57)	9 (9,57)

TABELA 2 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS IDOSOS

Continua

<b>Variável</b>	<b>n<sup>a</sup> (%)</b>		
<b>n</b>	Institucionalizados (94)	Hospitalizados (94)	Comunidade (94)
Pardo	22 (23,40)	15 (15,96)	25 (26,60)
Outros	0 (0,00)	3 (3,19)	2 (2,13)
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	6 (6,38)	16 (17,02)	7 (7,45)
Casado	11 (11,70)	39 (41,19)	41 (43,62)
Divorciado	14 (14,89)	13 (13,83)	10 (10,64)
Viúvo	63 (67,02)	26 (27,66)	36 (38,29)
<b>Filhos</b>			
Sim	86 (91,49)	82 (87,23)	78 (82,98)
Não	8 (8,51)	12 (12,77)	16 (17,02)
<b>Pessoas com quem divide moradia</b>			
Cônjuge	N.A	38 (40,43)	32 (34,04)
Familiares	N.A	14 (14,89)	7 (7,45)
Sozinho	N.A	9 (9,57)	17 (18,09)
Filhos	N.A	28 (29,79)	37 (39,36)
Outros	N.A	5 (5,32)	1 (1,06)
<b>Escolaridade</b>			
Ensino Fundamental Incompleto	27 (28,72)	16 (17,02)	15 (15,96)
Ensino Fundamental Completo	24 (25,53)	29 (30,85)	17 (18,09)
Ensino Médio Incompleto	3 (3,19)	9 (9,57)	16 (17,02)
Ensino Médio Completo	27 (28,72)	32 (34,04)	32 (34,04)
Ensino Superior Incompleto	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Ensino Superior Completo	12 (12,77)	5 (5,32)	9 (9,57)
Pós-Graduação	1 (1,06)	3 (3,19)	5 (5,32)
<b>Aposentadoria</b>			

TABELA 3 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS IDOSOS

Conclusão

<b>Variável</b>	<b>n<sup>a</sup> (%)</b>		
<b>n</b>	Institucionalizados (94)	Hospitalizados (94)	Comunidade (94)
Sim	38 (40,43)	51 (54,26)	58 (61,70)
Não	56 (59,57)	43 (45,74)	36 (38,30)
<b>Profissão</b>			
Do lar	40 (42,55)	16 (17,02)	28 (29,79)
Comércio	11 (11,70)	22 (23,41)	10 (10,64)
Construção civil	4 (4,26)	13 (13,83)	8 (8,51)
Empresário	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,06)
Saúde	2 (2,13)	8 (8,51)	9 (9,57)
Outros	37 (39,36)	35 (37,23)	38 (40,43)
<b>Renda</b>			
Inferior a 1 Salário Mínimo	14 (14,89)	16 (17,02)	15 (15,96)
1 Salário Mínimo	22 (23,40)	37 (39,36)	38 (40,43)
2 Salários Mínimos	27 (28,72)	30 (31,92)	30 (31,91)
3 Salários Mínimos	18 (19,15)	11 (11,70)	6 (6,38)
Superior a 3 Salários Mínimos	13 (13,83)	0 (0,00)	5 (5,32)
<b>Religião</b>			
Sim	90 (95,74)	88 (93,62)	87 (92,55)
Não	4 (4,26)	6 (6,38)	7 (4,75)

Legenda: n<sup>a</sup> (total = 94 pacientes); N.A – Não se aplica.

Fonte: A autora (2017).

## 5.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Após a aplicação dos instrumentos para mensuração dos parâmetros a serem avaliados, para atingir os objetivos propostos, foram obtidos diversos escores que se encontram detalhados na Tabela 2. Os dados são apresentados como média e desvio padrão (variáveis com distribuição normal) ou mediana e intervalo interquartil (variáveis com distribuição não normal).

Valores de p inferiores a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

TABELA 4 - ESCORES DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Instrumento	Institucionalizados	Hospitalizados	Residentes em comunidade	p-valor
BOAS: Saúde física	1250 (1243-1422) <sup>c</sup>	1231,28 (115,50) <sup>b</sup>	1312 (1239-1393) <sup>c</sup>	<0,01*
BOAS: Saúde mental	86,21 (14,79) <sup>b</sup>	86,13 (13,40) <sup>b</sup>	91,14 (16,18) <sup>b</sup>	0,03*
ICFT: seção A	15,91 (8,11) <sup>b</sup>	19,63 (10,85) <sup>b</sup>	10 (5-20) <sup>c</sup>	<0,01*
ICFT: seção B	15,98 (8,22) <sup>b</sup>	15,50 (10-27,50) <sup>c</sup>	7,25 (3-13) <sup>c</sup>	0,03*
ICFT: seção C	3 (2-5) <sup>c</sup>	3 (1-5) <sup>c</sup>	3 (1-7) <sup>c</sup>	0,15
ICFT: total	35,95 (18,31) <sup>b</sup>	42,67 (21,99) <sup>b</sup>	26,08 (20,82) <sup>b</sup>	<0,01*
WHOQOL-Bref	67,58 (13,78) <sup>b</sup>	51 (47-59) <sup>c</sup>	119 (109-123) <sup>c</sup>	<0,01*
WHOQOL-Old	54.32 (12.03) <sup>b</sup>	50.12 (8.41) <sup>b</sup>	104.38 (12.04) <sup>b</sup>	0,03*
QV-Total <sup>a</sup>	121.9 (22.51) <sup>b</sup>	103.25 (16.44) <sup>b</sup>	224 (212-236) <sup>c</sup>	<0,01*

<sup>a</sup>QV total corresponde à soma dos escores obtidos nos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old, que conforme orientações dos desenvolvedores devem ser aplicados em conjunto. <sup>b</sup>Média (DP). <sup>c</sup>Mediana (Intervalo interquartil).

Abreviações: ICFT: Índice de Complexidade da Farmacoterapia; WHOQOL: World Health Organization Quality of Life; QV: Qualidade de vida; DP: desvio padrão.

\*valores de p considerados significativos.

Fonte: A autora (2017).

O maior escore obtido para saúde física, bem como para saúde mental foi entre os idosos pertencentes ao grupo de residentes em comunidade, o que os configura como a população de estudo com melhor perfil de saúde, seguida por idosos institucionalizados e hospitalizados, respectivamente.

O menor valor para o Índice de Complexidade da Farmacoterapia total foi obtido entre os idosos atendidos pela UBS, e o valor mais alto entre os pacientes idosos hospitalizados. Este último se deu em consequência de uma das seções do instrumento ICFT agregar mais valor às formas farmacêuticas injetáveis, as quais são as mais utilizadas em ambiente hospitalar.

A qualidade de vida, avaliada mediante à aplicação de dois instrumentos desenvolvidos pela OMS (WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old), se mostrou mais elevada na população residente em comunidade, enquanto os escores mais baixos foram obtidos entre os hospitalizados. Isto evidencia que a maior QV é percebida pelos pacientes que se mantêm inseridos no ambiente familiar.

Para as análises estatísticas de comparações entre grupos foram considerados os escores totais de ICFT e QV, conforme instruções dos desenvolvedores (MELCHIORS, et al., 2007; VERAS, DUTRA, 2008). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos de cuidado para o domínio de saúde mental ( $p = 0,03$ ), bem como para o instrumento ICFT ( $p < 0,01$ ). Ao comparar as variáveis saúde física e qualidade de vida, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para ambos os parâmetros ( $p < 0,01$ ), conferindo aos grupos comparáveis no mínimo um par de médias diferente. Contudo, não foi possível determinar qual(is) par(es) têm esta característica somente com tais testes. Para tanto, aos resultados foram aplicados o teste denominado não planejado de Tukey (NORMANDO *et al.*, 2010), cujos dados obtidos encontram-se descritos na Tabela 3 (saúde mental), Tabela 4 (ICFT), Tabela 5 (saúde física) e Tabela 6 (qualidade de vida total).

TABELA 5 - TESTES DE TUKEY: SAÚDE MENTAL

Grupo de Tukey	Grupos de cuidado	Médias
A	Hospitalizados	86,13
B	Institucionalizados	86,21
C	Res. comunidade	91,14*

\*Valor de p encontrado no teste de Tukey = 0,04.

Fonte: A autora (2017).

O valor significativo de p encontrado para a análise descrita na Tabela 3 demonstra que ao comparar a saúde mental dos idosos em diferentes instituições de cuidado, os residentes em comunidade apresentam um resultado favorável para este domínio em relação as duas outras populações.



TABELA 6 - TESTES DE TUKEY: ICFT TOTAL

<b>Grupo de Tukey</b>	<b>Grupos de cuidado</b>	<b>Médias</b>
A	Res. comunidade	26,03*
B	Institucionalizados	35,94
C	Hospitalizados	42,67

\*Valor de p encontrado no teste de Tukey <0,01.

Fonte: A autora (2017).

Quando se avalia a complexidade da farmacoterapia total dos idosos pertencentes ao estudo, observa-se que as populações de idosos institucionalizados e hospitalizados apresentam médias semelhantes, diferindo com significância estatística apenas da população dos residentes em comunidade, o que sugere que a complexidade farmacológica dos dois primeiros grupos é equivalente.

TABELA 7 - TESTES DE TUCKEY: SAÚDE FÍSICA

<b>Grupo de Tukey</b>	<b>Grupos de cuidado</b>	<b>Médias</b>
A	Res. comunidade	164,46
B	Institucionalizados	160,83
C	Hospitalizados	99,21*

\*Valor de p encontrado no teste de Tukey <0,01.

Fonte: A autora (2017).

Em relação à saúde física, as médias obtidas no instrumento apresentam diferença estatisticamente significativa entre os idosos hospitalizados e os demais participantes do estudo, sendo o valor encontrado para esta população menor que o dos outros grupos. Isto sugere que a saúde física da amostra pertencente ao grupo hospitalizado é inferior em relação aos demais. Já ao analisar as médias obtidas entre idosos residentes em comunidade e os institucionalizados, não se percebe diferença estatisticamente significativa, indicando que o cuidado em termos de saúde física pode ser semelhante.

TABELA 8 - TESTES DE TUCKEY: QUALIDADE DE VIDA TOTAL

Grupo de Tukey	Grupos de cuidado	Médias
A	Res. Comunidade	235,24*
B	Institucionalizados	117,61*
C	Hospitalizados	71,64*

\*Valor de p encontrado no teste de Tukey <0,01 entre três grupos.

Fonte: A autora (2017).

Ao analisar as médias referentes à qualidade de vida total, nota-se que há diferença estatisticamente significativa entre todos os grupos de estudo. O valor médio mais alto encontrado foi entre os idosos residentes em comunidade, indicando que os mesmos possuem uma percepção de qualidade de vida maior que os demais. Já o menor valor está entre os idosos hospitalizados.

Ainda foram comparados os escores obtidos nos instrumentos de qualidade de vida entre as três populações por domínios, sendo que os resultados se encontram detalhados na Tabela 7. Os dados são apresentados como média e desvio padrão E valores de p inferiores a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

TABELA 9 – QUALIDADE DE VIDA POR DOMÍNIOS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

				Continua
Domínios	Comunidade Média (DP)	ILPI Média (DP)	Hospital Média (DP)	p-valor
WHOQOL-Bref				
Físico	23,07 (2,33)	21,63 (4,41)	22,85 (3,80)	0,04*
Psicológico	31,15 (3,14)	18,93 (3,86)	15,94 (2,65)	<0,01*
Relações sociais	43,84 (4,42)	18,25 (3,72)	9,57 (1,59)	<0,01*
Meio ambiente	17,31 (1,75)	8,79 (1,79)	4,78 (0,79)	<0,01*
WHOQOL-Old				
Funcionamento dos sentidos	13,57 (1,57)	9,78 (2,17)	14,03 (2,35)	0,03*
Autonomia	25,05 (2,89)	8,15 (1,80)	5,01 (0,84)	<0,01*
Conclusão				
Atividades passadas, presentes e futuras	16,70 (1,93)	13,04 (2,89)	11,03 (1,85)	0,04*

Participação social	20,88 (2,41)	9,78 (2,17)	7,52 (1,26)	0,01*
Morte e morrer	10,44 (1,20)	5,43 (1,20)	6,01 (1,01)	<0,01*
Intimidade	17,74 (2,05)	8,15 (1,80)	6,52 (1,09)	<0,01*

\*valores de p considerados significativos.

Fonte: A autora (2017).

Ao avaliar as médias referentes à qualidade de vida por domínios, percebe-se diferença estatisticamente significativa entre todos os grupos de estudo, em todos os domínios analisados. O domínio com maior percepção de qualidade de vida entre os idosos residentes em comunidade foi o de “relações sociais”, no instrumento WHOQOL-Bref, e o de “autonomia”, no WHOQOL-Old. Já entre os idosos institucionalizados, os domínios com maiores valores nos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old foram, respectivamente, “físico” e “atividades passadas, presentes e futuras”. Entre os hospitalizados, o domínio com maiores valores médios no instrumento abreviado foi o “físico” e no instrumento WHOQOL-Old foi “funcionamento dos sentidos”.

O menor valor médio entre as três populações de idosos para o instrumento WHOQOL-Bref foi encontrado no domínio “meio ambiente”. Já no instrumento WHOQOL-Old, os idosos institucionalizados e residentes em comunidade agregaram o menor valor para percepção de qualidade de vida no domínio “morte e morrer”, enquanto os hospitalizados o fizeram no domínio “autonomia”.

Por fim, as entrevistas face-a-face permitiram identificar as doenças prevalentes autorreferidas pelos idosos institucionalizados, hospitalizados e da comunidade, as quais foram posteriormente confirmadas nos prontuários. As enfermidades prevalentes nas três populações avaliadas são apresentadas na Tabela 8.

TABELA 10 - ENFERMIDADES MAIS PREVALENTES NA POPULAÇÃO GERAL DO ESTUDO

<b>Patologia</b>	<b>N (%) de idosos</b>
<b>Sistema cardiovascular</b>	
HAS	135 (47,87)
AVC	57 (20,21)
IAM	42 (14,89)
<b>Sistema locomotor</b>	
Artrite/artrose	54 (19,15)
Osteoporose	54 (19,15)
<b>Sistema nervoso</b>	
Alzheimer	96 (34,04)
Depressão	84 (29,79)
Parkinson	24 (8,51)
Ansiedade	21 (7,45)
Transtorno Bipolar	12 (4,26)
Demência senil	12 (4,26)
<b>Sistema endócrino</b>	
DM-II	48 (17,02)
Hipotireoidismo	36 (12,77)
Dislipidemia	36 (12,77)
<b>Sistema respiratório</b>	
Asma	18 (6,38)
<b>Sistema gastrointestinal</b>	
Gastrite	15 (5,32)
<b>Outros</b>	
Catarata	30 (10,64)
Cirrose	9 (3,19)

Abreviações: HAS – hipertensão arterial sistêmica; AVC – acidente vascular cerebral; IAM – infarto agudo do miocárdio; DM-II – diabetes mellitus tipo II.

Fonte: A autora (2017).

O perfil epidemiológico da população geral do estudo é autenticado após análise das principais medicações utilizadas pelos mesmos, que se encontram descritas na Tabela 9. Estes dados conferem com o relatado em literatura

(RAMOS, 2007; GALVÃO *et al.* 2006; BISSON, 2007, NOBREGA, 2005; ROZENFELD, 2003).

TABELA 11 - PRINCÍPIOS ATIVOS E CLASSES FARMACOLÓGICAS MAIS FREQUENTEMENTE UTILIZADOS PELA POPULAÇÃO GERAL DO ESTUDO

Princípio ativo	Mecanismo Farmacológico	n (%) de idosos
Captopril 25mg	Inibidor da enzima conversora de angiotensina	142 (50,35)
Hidroclortiazida 25mg	Diurético tiazídico	115 (40,78)
Ácido Acetilsalicílico 100mg	Inibidor não-seletivo da COX	111 (39,36)
Omeprazol 20mg	Inibidor da bomba de prótons	107 (37,94)
Rivastigmina 3mg	inibidor seletivo da colinesterase cerebral	92 (32,62)
Ibuprofeno 200mg	Antiinflamatórios não-esteroidais	83 (29,43)
Fluoxetina 20mg	inibidores seletivos da recaptação de serotonina	78 (27,66)
Levotiroxina 50mcg	Hormônio sintético	37 (13,12)
Sinvastatina 10mg	inibidores da hidroximetilglutaril-coenzima A	35 (12,41)

Fonte: A autora (2017).

## 6 DISCUSSÃO

O perfil epidemiológico dos idosos estudados possui dados semelhantes aos de outros estudos que relatam as doenças cardiovasculares, neurológicas e psíquicas como as prevalentes nesta faixa etária. Este perfil ainda foi confirmado pelas medicações citadas como as mais utilizadas e que corroboram com o encontrado em literatura anterior (RAMOS, 2007; GALVÃO *et al.* 2006; BISSON, 2007, NOBREGA, 2005; ROZENFELD, 2003).

A maior prevalência de distúrbios psiquiátricos é encontrada entre os idosos com discernimento comprometido. Isto é explicado ao considerar que, na maioria dos casos, essas patologias são acompanhadas por perda de lucidez e autonomia. Esses idosos são ainda os mais institucionalizados, por exigirem de suas famílias maiores cuidados e estrutura física, econômica e emocional. (DE OLIVEIRA, 2008).

Em relação aos dados sociodemográficos, não houve diferença estatisticamente significativa entre as idades médias dos grupos avaliados, indicando não haver relação entre a idade e a instituição provedora de cuidado. Quanto ao sexo, o número de mulheres nas populações de idosos institucionalizados e em comunidade superou com significância estatística o número de homens. Isto se deve ao fato de que as mulheres vivem, em média, sete anos a mais que os homens, conforme indicam os censos brasileiros e estudos na área e aos níveis de estrogênio deste sexo. (IBGE, 2010; IBGE, 2014; CAMARANO, 2002; SALGADO, 2002). A expectativa de vida superior das mulheres se deve à maior proteção cardiovascular fornecida pelos hormônios femininos, ao menor consumo de álcool e tabaco e à maior procura por assistência médica (DE OLIVEIRA, 2013). Já entre os idosos hospitalizados a porcentagem de indivíduos do sexo masculino foi de 53,19%. Este resultado corrobora os achados de outros autores que relatam que a taxa de internação hospitalar é maior entre os homens idosos. Isto se deve ao fato de os homens apresentarem maior tendência às patologias de caráter agudo, que exigem hospitalizações. Ainda, destaca-se a diferença de atitude em relação a doenças durante toda a vida, de modo que as mulheres, em geral, são mais atentas ao aparecimento de sintomas, têm um conhecimento maior

sobre as doenças e utilizam mais os serviços de saúde do que os homens (ANNAN, 2002; SALES, SANTOS, 2007; SILVEIRA *et al.*, 2013).

Em relação à naturalidade, a maior porcentagem de idosos estrangeiros foi encontrada entre os institucionalizados. Isto pode ser explicado pelo fato de a instituição de longa permanência estar relacionada a uma entidade religiosa, que tem como tradição acolher indivíduos da comunidade alemã no Brasil.

Quanto ao estado marital, o número de viúvos entre os idosos institucionalizados se destaca entre as populações, o que coincide com o motivo para institucionalização mais relatado por familiares e idosos, que alegam que após o falecimento do cônjuge, os indivíduos se tornavam muito solitários e optavam por residir em ILPIs em virtude da companhia e maiores cuidados. Outros fatores, tais como a dependência que os idosos apresentam para realizar atividades rotineiras, o despreparo e a impaciência dos familiares para tratar seus parentes, o grande número de doenças, em especial as psiquiátricas, o alto consumo de medicamentos e demanda por cuidados especiais de saúde, aliados a custos elevados e à baixa renda familiar, também foram citados como motivos para a institucionalização e corroboram os dados apresentados na literatura. (DE OLIVEIRA, 2008; TRINDADE, *et al.* 2007; DAVIM, *et al.* 2004).

A menor porcentagem de idosos aposentados foi observada entre os idosos institucionalizados, sendo que estes tinham como principal fonte de renda a ajuda de familiares e doações à instituição. Entre os hospitalizados e residentes em comunidade não houve diferença significativa quanto a este parâmetro. Ao serem questionados sobre o impacto da renda e da aposentadoria nas suas vidas, a maioria dos idosos (78,9%) citou que a improdutividade associada à senescência e a consequente aposentadoria ou distanciamento das atividades de trabalho impactaram de forma negativa sobre seu cotidiano e diminuíram a sua auto-estima, conforme já evidenciado por Barbosa em 2003 (BARBOSA, 2003).

Em se tratando das hospitalizações, as principais causas observadas para internação hospitalar foram semelhantes às relatadas na literatura, que aponta o aumento da incidência dos agravos dos aparelhos circulatório e respiratório, especialmente em decorrência da maior poluição atmosférica. Assim, observam-se tanto efeitos agudos, destacando-se o aumento de

internações e de mortes por asma, arritmia, doença isquêmica do miocárdio e cerebral, como efeitos crônicos decorrentes da exposição prolongada a poluentes, salientando-se o aumento da mortalidade por doenças respiratórias, cerebrovasculares e cardíacas (MATHIAS, 2004; HESS, 2009; PILGER, 2011).

A falta de assistência familiar, o fato de não existirem ILPIs de administração pública e a não disponibilidade de vagas em ILPIs privadas foram considerados pontos críticos no cuidado hospitalar, visto que alguns idosos, mesmo em condições físicas de alta, não conseguem ser retirados da instituição por não terem um destino adequado. A precariedade da assistência após a alta hospitalar prejudica o restabelecimento da saúde total, pois os indivíduos continuam expostos às condições adversas de um hospital, prescindivelmente.

Em relação aos resultados relativos aos instrumentos de avaliação os mesmos indicam que o grupo de idosos estudados apresenta perfil biopsicossocial e farmacoterapêutico comum à população idosa em geral e mostrado em outros estudos com esse mesmo grupo (IBGE, 2014; DE OLIVEIRA, 2013; DE OLIVEIRA 2008; ROCHA, 2008).

Ao avaliar a saúde mental dos participantes do estudo observa-se que a vulnerabilidade dos idosos aos transtornos mentais justifica a relevância da investigação das manifestações psicopatológicas que apresentam, de modo a orientar as intervenções necessárias à promoção da saúde mental, integrando o conceito de qualidade de vida à assistência fornecida (RESENDE *et al.*, 2011). Levando em consideração os valores numéricos encontrados entre as populações, admite-se que a saúde mental dos idosos que são atendidos pelas UBS e moram em suas casas é melhor que a dos outros participantes do estudo. Isto se deve, conforme relatado pelos mesmos, à proximidade com a família e amigos, à liberdade de decisões e autonomia e ao exercício de suas capacidades intelectuais.

O Índice de Complexidade da Farmacoterapia total com valor mais baixo foi encontrado entre os idosos atendidos pela UBS, o que se justifica pelo fato do perfil de saúde deste grupo ter se mostrado o melhor dentre as populações estudadas, em virtude da utilização de menor número de medicamentos. Visto que não houve diferença estatisticamente significativa entre os valores de ICFT dos idosos residentes em ILPIs e dos hospitalizados, e que a complexidade de



um tratamento farmacológico pode acarretar falta de adesão ao tratamento proposto e, conseqüentemente, prejuízos na recuperação da saúde do paciente, os resultados corroboram os dados da literatura, que indicam a necessidade de implementação de um acompanhamento farmacoterapêutico a idosos institucionalizados, semelhante ao fornecido por instituições hospitalares. (DE OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Os valores encontrados ao avaliar a saúde física das populações demonstram que os idosos hospitalizados têm a menor qualidade em saúde. Isso se deve a soma das comorbidades crônicas comuns a faixa etária com as causas que levaram a internação, que podem ser doenças de caráter agudo ou complicações das DCNT. Já a similaridade entre as médias obtidas por idosos institucionalizados e residentes em comunidade sugere que, em termos de saúde física, os dois poderiam ser amparados pela mesma instituição de cuidado, ou seja, que não seria necessária a institucionalização dos idosos se fosse levado em consideração somente as condições físicas dos mesmos.

A qualidade de vida total foi o parâmetro com maior dissonância entre os três grupos, com diferença significativa entre todos eles, sendo o valor mais baixo encontrado entre os idosos hospitalizados. Ao serem questionados sobre o motivo dos números baixos referentes a esta percepção de QV, os mesmos relacionaram os valores à falta de autonomia para a realização de atividades diárias dentro da instituição hospitalar, tais como as relacionadas à alimentação e horários para higienização, dormir e acordar. Estes achados vão ao encontro do proposto por outros autores que indicam que, durante a senilidade, a hospitalização é de grande risco, pois tende a ser seguida por diminuição da QV, muitas vezes, de forma irreversível. (SIQUEIRA *et al.*, 2004; SOUZA, 2011; SANTOS *et al.*, 2013). Esta informação é, ainda, confirmada quando analisamos os escores obtidos separadamente por domínios nos instrumentos desenvolvidos pela OMS, onde os domínios com menores valores médios entre os idosos hospitalizados são o referente à autonomia no WHOQOL-Old e o domínio meio ambiente pertencente ao WHOQOL-Bref.

Assim como na qualidade de vida total percebe-se diferença estatisticamente significativa entre todos os grupos de estudo quando avaliamos a QV por domínios. Os idosos residentes em comunidade, que possuem maiores valores médios nos dois instrumentos, agregaram mais valor

aos domínios relacionados a relações sociais e autonomia, visto que os mesmos alegam que permanecer em suas residências os torna menos dependentes de ajuda, visto as adaptações de seu ambiente, e os mantêm ainda ligados sentimentalmente aos seus amigos e familiares.

Ao serem questionados sobre quais aspectos da vida cotidiana tinham maior impacto e importância na sensação de bem-estar, as três populações alegaram que a capacidade funcional, o convívio com os familiares e o apego pelos ambientes onde residem são pontos cruciais. Estes pontos estão associados ao fato de que quando os idosos se encontram em ambiente familiar, os mesmos desenvolvem adaptações para suprirem as perdas funcionais decorrentes do envelhecimento, associam suas casas ao convívio com aqueles com quem possuem um relacionamento sentimental e mantêm a sua rotina de forma independente ou semi-dependente, como já relatado em outros estudos. (CARIONI FILHO, 2006; SOARES, CUSTÓDIO, 2015; KAWASAKI, DIOGO, 2016;). Nas entrevistas face-a-face, para a maioria dos idosos residentes em ILPIs a sua institucionalização representou o rompimento do convívio familiar e social, gerando isolamento, abandono, tristeza, solidão, desânimo e aumento dos casos de depressão e transtornos psíquicos. Este cenário teve uma relação direta com os valores atribuídos ao responder o instrumento para avaliação da qualidade de vida, resultando em escores mais baixos do que os participantes residentes em comunidade.

Entre a população hospitalizada, o impacto da diferenciação da rotina e das mudanças territoriais foi ainda mais marcante. Foram apontados como os aspectos negativos o fato de dormir com pessoas conversando ou se mexendo, a falta de privacidade e a convivência no mesmo quarto com pessoas desconhecidas.

Quando a pergunta se referia ao quanto perceber-se com saúde influenciava em suas vidas, os idosos das três populações citaram que a percepção de saúde era uma das suas maiores satisfações, pois significava manter a capacidade funcional e a independência, não sendo necessário o despendimento de tempo de seus parentes para auxiliá-los em tratamentos prolongados que possam alterar suas rotinas e seu próprio estilo de vida.

Com relação à percepção de alterações emocionais desde o ingresso nas diferentes instituições de cuidado, a parcela da população constituída por

residentes em comunidade não citou alterações impactantes, enquanto os institucionalizados e hospitalizados revelaram que se sentiam tristes, sendo os principais motivos a distância do lar, dos amigos e familiares, e o fato de ter a sua independência diminuída.

## 7 CONCLUSÃO

Ao analisar os resultados referentes ao perfil de saúde de pacientes idosos, que engloba aspectos de saúde mental e física, verificou-se que pacientes hospitalizados e institucionalizados possuem características semelhantes quanto à saúde mental, divergindo apenas dos idosos residentes em comunidade, que apresentam escores maiores nestas variáveis. Quanto à saúde física, os idosos da ILPI e residentes em comunidade convergem em seus atributos, sugerindo que ambos podem ser atendidos pelo mesmo nível de cuidado. Isto é, tomando por base o perfil de saúde dos idosos estudados, não seria necessária a institucionalização da população em questão, visto que a mesma tem impacto negativo sobre a qualidade de vida dos pacientes.

A aplicação do instrumento de índice de complexidade da farmacoterapia aponta que pacientes idosos atendidos por ILPIs e por instituições hospitalares possuem escores médios semelhantes, o que indica que ambas as populações necessitam do mesmo nível de acompanhamento farmacoterapêutico, o qual deve ser realizado por profissional especializado e capacitado.

A percepção de qualidade de vida relatada pelos indivíduos difere entre os três grupos, sendo que a média observada nos pacientes residentes em comunidade corresponde a, aproximadamente, o dobro da observada em idosos institucionalizados. Estes achados indicam que estar inserido no contexto da comunidade e amparado diretamente por amigos e familiares aumenta a assimilação de melhor QV e, por sua vez, a eficácia do cuidado.

As populações estudadas apontaram que capacidade funcional, convívio com familiares e ambientes em que residem são fatores que influenciam de maneira impactante na sensação de bem-estar e percepção de saúde, visto que o ambiente familiar assim como manter uma rotina ou relacionamento permitem que se sintam independentes ou semi-independentes. Em pacientes institucionalizados e hospitalizados a falta desses fatores impactou de forma negativa na vida desses pacientes, resultando em escores mais baixos quando comparados com os escores obtidos em participantes que residem na comunidade.

O envelhecimento populacional exige um modelo de assistência integral e interdisciplinar com foco no cuidado, nas instituições de saúde avaliadas, por mais que tenham à disposição uma equipe multidisciplinar, os profissionais que as integram possuem incumbências administrativas, estando pouco ligados à assistência direta ao paciente. Outro ponto a ser considerado é a implementação eficaz das políticas públicas de saúde, visto que as existentes não apresentam total eficácia em virtude de escassez de recursos e da não-adequação às condições de saúde dos diferentes grupos de idosos. A carência de profissionais habilitados e capacitados para trabalhar com idosos e o perfil diferenciado desse grupo de pacientes representam um desafio para os gestores públicos, educadores e profissionais.

Por fim, sugere-se que sejam conduzidos novos estudos acerca dos custos de manutenção em cada uma das instituições de cuidado contempladas neste estudo, a fim de complementar as análises aqui realizadas e verificar qual instituição se mostra mais custo-efetiva para o paciente. Ainda, sugere-se que sejam feitas análises de viabilidade para a abertura de programas de convivência entre idosos em períodos diurnos, sem afastá-los por completo do convívio familiar e social, visto que este ponto foi considerado de extrema importância para a percepção de saúde e qualidade de vida. Ainda quanto à viabilidade, recomendam-se estudos para o planejamento de locais que possam receber idosos com condições físicas de alta hospitalar e que não tenham um destino adequado após a alta hospitalar hospital, a fim de retirar o paciente deste ambiente, o que pode causar impactos negativos à saúde em virtude da exposição desnecessária a agentes patogênicos.

## 8 REFERÊNCIAS

ACUNÃ, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arq Bras Endocrinol Metab** vol.48 no.3. São Paulo:June, 2004.

ANNAN, K. Mulheres Idosas: É preciso ajudar quem toda a vida ajudou os outros. **Segunda assembleia Mundial sobre o envelhecimento**. Madri – Espanha, 2002.

ARAUJO, M.O.P.H.; CEOLIM, M.F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev Esc Enferm USP**; 41(3): 378-85, 2007.

ARAUJO, N.P. *et al.* Aspectos sociodemográficos, de saúde e nível de satisfação de idosos institucionalizados no Distrito Federal. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 17(3-6):123-132, maio/dez., 2008.

BARAT, I.; ANDREASEN, F.; DAMSGAARD, E.M.S. The consumption of drugs by 75-year-old individual living in their own homes. **Eur J ClinPharmacol.**(56):501-9, 2000.

BARBOSA, M.J.S. **Passo e compasso: nos ritmos do envelhecer**. Porto Alegre: IDIPUCRS, 2003.

BECKER, M.L., CASPERS, P.W., KALLEWAARD, M., *et al.* Determinants of potential drug-drug interaction associated dispensing in community pharmacies in the Netherlands. **Pharm. World Sci.**; 29(2):51-7, 2007.

BEERS, M.H.; BARAN, R.W.; FRENIA, K. Drugs and the Elderly, part 1: the problems facing managed care. **Am J Manag Care.** 6(12): 1313-20; 2000a.

BEERS, M.H.; BARAN, R.W.; FRENIA, K. Drugs and the Elderly, part 2: the strategies for improving prescribing in a managed care environment. **Am J Managed Care.** 7(1):69-72; 2000b.

BEIJER, H.J.M.; BLAEY, C.J. Hospitalizations caused by adverse drug eactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. **Pharm. World Sci.**, v.24, p.46-84, 2002.

BISHOP, N. A., TAO, L., YABKNER, A.B. Neural mechanisms of ageing and cognitive decline. **Nature.** March 25; 464(7288) 2010.

BISSON, M.P. **Princípios da Farmacoterapia em Geriatria**. In: NOVAES, MRCG. Assistência Farmacêutica ao Idoso. Uma abordagem multiprofissional. Brasília: Ed. Thesaurus, p 179-191, 2007.

BJERRUM, L. **Pharmacoepidemiological studies of polypharmacy methodological issues, population estimates and influence of practice patterns**. [tese de Ph.D na internet]. Denmark: Odense University; 1998.

Disponível em:  
<http://www.sdu.dk/health/IPH/genpract/staff/ibjerrum/PHD/PHD.htm>.  
 Acesso em: 22/07/2015.

BLEICH, G.W., *et al.* Frequency of potential interactions between drugs in medical prescriptions in a city in southern Brazil. **São Paulo Med J.**; 127(4):206-10, 2009.

BLOOM, D. 7 Billion and counting. *Science*, v. 333, p. 562-569, 2011.

BORGES, F.S.G. **Caracterização da complexidade da terapêutica geriátrica.** Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade da Beira Interior, Covilhã: Serra da Estrela. p. 04 – 25. Junho, 2011.

BRASIL. ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada- RDC nº283, de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília: Distrito Federal, 26 dez. 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.** Brasília, Distrito Federal, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 29/06/2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de Outubro de 1988.** Brasília, Distrito Federal, 5 out. 1988. Disponível em: [http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/C ON1988.pdf](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/C ON1988.pdf). Acesso em: 29/06/2015.

BRASIL. **Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília, Distrito Federal; 1994. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm). Acesso em: 30/06/2015.

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet] Brasília: Distrito Federal, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm). Acesso em: 30/06/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União** 2006.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria n. 1395, de 10 de dezembro de 1999.** Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso [Internet]. Brasília: Distrito Federal, 1999. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria\\_1395\\_de\\_10\\_12\\_1999.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf). Acesso em: 30/06/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas.** Brasília: Distrito Federal, 2002. Disponível em:

<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redeestaduais.pdf>>. Acesso em: 01/07/2015.

BRASIL. Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. Coordenação Geral dos Direitos do Idoso (61)-2025-3671 / 3679 / 3824, 2014. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentonoBrasil.pdf>>. Acesso em 22/06/2015.

BRITO, F.C.; RAMOS, L.R. **Serviços de atenção à saúde do idoso**. In: Papaléo Netto, M. Tratado de Gerontologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu; p. 671-679, 2007.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; MELLO, J.L. Como vive o idoso brasileiro. In: Camarano AA. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p 25-73, 2002.

CAMARANO, A.A., *et al.* **Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição**. Rio de Janeiro: Ipea, 2006.

CAMARGOS, M.C.S.; GONZAGA, M.R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(7):1460-1472, jul, 2015.

CARIONI FILHO, Ernani. **Mecanismos psicológicos mobilizados no paciente submetido à internação hospitalar: Uma pesquisa bibliográfica**. Palhoça: UNISUL. 2012.

CARNEIRO, L.A.F.; *et al.* **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro**. Instituto de Estudos em Saúde Complementar, São Paulo: IESS [org], 2013.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, maio/jun. 2003.

CARVALHO, M.F.C.; LUPPI, G.; REIS, M.P. **Atenção Farmacêutica**. In: Netto Papaléo, M. Tratado de Gerontologia, 2ª ed. São Paulo: Atheneu; p.719 – 727; 2007.

CARVALHO, M. F. C.; ROMANO-LIEBER, N. S.; BERGSTEN-MENDES, G.; *et al.* Polypharmacy among the elderly in the city of São Paulo, Brazil - SABE Study. **Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology**, v. 15, n. 4, p. 817–27, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23515777>>.

CEDENO, A.M.R.; VAZQUEZ, P.M.M.; LEON, J.R.F.; *et al.* Determinación de polifarmacoterapia en pacientes geriátricos de un consultorio del médico de la familia en Cienfuegos. **Rev. Cubana Farm.** 34(3): 170-4; 2000)



CHACHAMOVICH, E. **Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste de desempenho do instrumento WHOQOL-bref em uma amostra de idosos brasileiros.** Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: Rio Grande do Sul. P. 25 – 134. Dezembro, 2005.

CHAGAS, A.M; ROCHA, E.D. Aspectos fisiológicos do envelhecimento e contribuição da Odontologia na saúde do idoso. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 94-6, jan./jun. 2012.

COELHO FILHO, J. M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. **Revista de Saude Publica**, v. 34, n. 6, p. 666–671, 2000.

CONASS. Atenção Primária à Saúde no Brasil Os desafios para aprimorar a porta. , 2008.

CONASS. **Para entender a gestão do SUS - Atenção primária e promoção de saúde.** 2011.

CUNICO2, P. P. T. P. D. S. O. K. S. P. Uso de medicamentos por Idosos. , 2002.

DALFOVO, M.S.; LANA, R.A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, Sem II. 2008.

DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.V.; DANTAS, S.M.M.; LIMA, V.M. Estudo com idosos em instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto 12(5): 518-24, maio/jun. 2004.

DE OLIVEIRA, M.P.F. **Assistência farmacêutica a idosos institucionalizados do Distrito Federal.** Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília: Distrito Federal. p. 03 – 54. Abril, 2008.

DE OLIVEIRA, M.P.F; NOVAES, M.R.C.G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** vol.18 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2013

DECS – Descritores em Ciência da Saúde [homepage da internet]. São Paulo: Biblioteca Virtual em Saúde; 2006. Disponível em: <<http://www.bibcir.fsp.usp.br/>>. Acesso em: 21/07/2015.

DILORIO C, YEAGER K, SHAFER PO, LETZ R, HENRY T, SCHOMER DL, et al. The epilepsy medication and treatment complexity index: reliability and validity testing. **J NeurosciNurs**. 35(3):155-62; 2003.

DOBRIANSKY, P. J.; SUZMAN, R. M.; HODES, R. J. Why Population Aging Matters - A Global Perspective. **US Department of State**, p. 1–32, 2007.

Disponível em: <papers2://publication/uuid/4B8865DB-5866-4285-A74D-168F45ED1109>. Acesso em: 15/07/2015.

ELIAS, P.E., *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):633-641, 2006

FERNANDES, M.; G.M.; DOS SANTOS, S.R. Políticas Públicas e Direitos dos Idosos: desafios da agenda social no Brasil contemporâneo. **Revista de Ciência Política**, Rio de Janeiro, n. 34,mar./abr., 2006.

FERNANDES, M.T.O; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 46(6):1494-1502, 2012.

FERREIRA, F.P.C.; BANSI, L.O.; PASCHOAL, S.M.P. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro: Rio de Janeiro; 17(4):911-926, 2014.

FIALOVÁ, D.; TOPINKOVÁ, E.; GAMBASSI, G.; FINNE-SOVERI, H.; JÓNSSON, P.V.; CARPENTER, I.; *et al.* Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. **JAMA**. 293(11):1348-58; 2005.

FICK, D. M., *et al.* Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: Results of a US Consensus Panel of Experts. **Arch Intern Med.**;163:2716-2724; 2003.

FICK, D.; SEMLA, T.; BEIZER, J.; *et al.* American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 60, n. 4, p. 616–631, 2012.

FILHO, A.I.L.; *et al.* Birth cohort differences in the use of medications in a Brazilian population of older elderly: the Bambuí Cohort Study of Aging (1997 and 2008). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27 Sup 3:S435-S443, 2011.

FLECK, M.P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-Old module. **Rev Saúde Pública**. 40(5):785-91; 2006.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde(WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.2, p.198-205, 1999.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. **Rev Saúde Pública**.34(2):178-83; 2000.

FONTE, N. N. **A complexidade das plantas medicinais: algumas questões atuais de sua produção e comercialização**. 183 f. Tese (Doutorado em Agronomia) – Setor de Ciências Agrárias, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

FREITAS, H.; et al., O método de pesquisa survey. **Revista de Administração**, São Paulo: São Paulo, v.35, n.3, p.105 – 112, Julho/Setembro, 2000.

FULTON, M.M.; ALLEN, E.R. Polypharmacy in the Elderly: A literature review. **J AmAcad Nurse Pract.** 17(4): 123-32; 2005.

GALLON, D.; GOMES, A.R.S. Idosos institucionalizados e os efeitos do exercício no processo de envelhecimento musculoesquelético: uma revisão. **RBCEH**, Passo Fundo: Rio Grande do Sul, v. 8, n. 1, p. 136-147, jan./abr. 2011.

GALVÃO, M.P.A. & FERREIRA, M.B.C. **Prescrição de Medicamentos em Geriatria**. In: FUCHS, F.D., WANNMACHER, L. & FERREIRA, M.B.C. Farmacologia Clínica – Fundamentos da Terapêutica Racional. 4ª edição. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2006.

GAUTÉRIO, D.P., SANTOS, S.S.C., PELZER, M.T., BARROS, J.E., BAUMGARTEN, L. Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. **RevEscEnferm USP**. 46(6):1394-9, 2012.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, Jun., 2006.

GONTIJO, S. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** (world Health organization). Brasília: Organização Pan-Americana de saúde, 2005.

GORDILHO, A., SÉRGIO, J., SILVESTRE J., RAMOS L., FREIRE M., ESPÍNDOLA N., MAIA R., VERAS R. E KARSCH Ú. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. **Rio de Janeiro: UNATI**, 2001.

GORZONI, M.L.; FABBRI, R.M.A.; PIRES, S.L. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**; 58(4):442-446; 2012.

GRAGNOLATI, M.; JORGENSEN, O. H.; ROCHA, R.; FRUTTERO, A. Envelhecendo em um país mais velho (sumário executivo). **Revista Portal de Divulgação**, p. 62, 2012.

GRIMLEY E. J. Hospital services for elderly people: the United Kingdom experience. In: Grimley Evans J, Williams TF, editors. **The Oxford textbook of geriatric medicine**. Oxford: Oxford University Press; p. 703-6. 1992.

GUEDES, S.L. A concepção sobre a família na Geriatria e na Gerontologia brasileiras. **RBCS**; 43(15): 69-82, 2000.

GUERRA, N.F.; ARNESTO, D.D.; HERNÁNDEZ, B.P. Polifarmácia em elanciano. **Acta Médica**[periódico na internet], 2002. Disponível em: <[http://bvs.sld.cu/revista/act/vol10\\_2002/act08102.htm](http://bvs.sld.cu/revista/act/vol10_2002/act08102.htm)>. Acesso em: 21/07/2015.

HESS SC. et al. **Distribuição espacial da mortalidade por doenças do aparelho respiratório no Brasil**. Engenharia Ambiental – Espírito Santo do Pinhal. 2009;6 (3): 607- 624.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro, RJ, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro, RJ, 2014.

JUNIOR, L. S. D. M. S. Desconstruindo a definição de saúde. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, p. 15–16, 2005.

KAUFMAN, D.W.; KELLY, J.P.; ROSENBERG, L.; ANDERSON, T.E.; MICHELL, A.A. Recent Patterns of Medication Use in the Ambulatory Adult Population of the United States. **JAMA**. 287(3): 337-44; 2002.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M.J.E. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. **Acta Fisiátrica**, v. 12, n. 2, p. 55-60, 2016.

LENARDT, M.H.; CARNEIRO, N.H.K. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. **CogitareEnferm**. Jan/Mar; 18(1):13-20, 2013.

LESAGE, J. Polypharmacy in Geriatric Patients. **NursClin North Am**. 26(2): 273-90; 1991.

LEVY G. Medication non-compliance: when hard science meets soft science. **InternationalCongress Series**. 1220:125-33; 2001.

LIMA, C.R.V. **Políticas públicas para idosos: a realidade das instituições de longa permanência no Distrito Federal**. Monografia (Curso de Especialização em Legislativo e Políticas Públicas) – Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados, Brasília: Distrito Federal. p. 16 – 76. Janeiro, 2011.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**; 12(4): 189 – 201, 2003.

LOUVISON, M.C.P.; BARROS, S. Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde**; (47):53-5, 2009.

LOYOLA-FILHO, A.L.; UCHOA, E.; GUERRA, H.L.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**. 36(1): 55-62; 2002.

MARIN, M.J.S, CECÍLIO, L.C.O, PEREZ, A.E.W.U.F, SANTELLA, F., SILVA, C.B.A., GONÇALVES FILHO, J.R., *et al.* Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**; 24(7):1545-55, 2008.

MARTINS, A.B.; D'AVILA, O.P.; HILGERT, J.B.; HUGO, F.N. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(8):3403-3416, 2014.

MATHIAS TAF, JORGE MHPM, LAURENTI R. Doenças cardiovasculares na população idosa. Análise do comportamento da mortalidade em município da região Sul do Brasil no período de 1979 a 1998. **Arq bras. cardiol**. 2004;82 (6).

MELCHIORS, A.C.; CORRER, C.J.; FERNANDEZ-LLIMOS, F. Translation and validation into Portuguese language of the medication regimen complexity index. **Arq Bras Cardiol**. Out. 89(4):210-8, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 19 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados**. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigitel Brasil 2011: **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília – DF, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados**. 2012.

MOSEGUI, B.G.G.; ROZENFELD, S.; VERAS, R.P.; VIANNA, C.M.M. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Rev Saúde Pública**; 33(5):437-44; 1999.

NOBREGA, O.T.; MELO, G.F.; KARNIKOWSKI, M.G.O. Pattern of drugs prescribed for community-residing middle-aged and older adults from the outskirts of Brasília. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. 41(2), abr/jun, 2005.

NORMANDO, D.; TJADERHANE, L.; QUINTÃO, C.C.A. A escolha do teste estatístico – um tutorial em forma de apresentação em PowerPoint. **Dental Press J. Orthod**. v. 15, no. 1, p. 101-106, Jan./Feb. 2010.

OFFERHAUS, L. **Drugs for the elderly**. 2a. Ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1997. (WHO Regional Publications. European Series, 71).

OLIVEIRA, M. P. F. DE; NOVAES, M. R. C. G. Uso de medicamentos por idosos de instituições de longa permanência, Brasília-DF, Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 65 , n. 5, p. 737-744, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&npid=S0034-71672012000500004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&npid=S0034-71672012000500004)>.

ONAFOWOKANN, A., Mulley, G.P. Age-related geriatricmedicine or integrated medical care? **Age Ageing**; 28:245-7; 1999.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília; 2014. (Série técnica medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde, 3).

PAPALÉO NETTO, M.; FILHO, E.T.C.; PASINI, V. Farmacocinética e farmacodinâmica das drogas. In: CARVALHO-FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría – fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu; p. 409-421; 2000.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2012.

PESTANA, L.C.; SANTO, F.H.E. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **Rev. Esc.Enferm. USP**; 42(2):268-75, 2008.

PETRI, A.C.; BASTOS, L.C. **Sistema informatizado de controle de dados do idoso institucionalizado**. Programa de Pós Graduação em Tecnologia em Saúde (PUCPR), p. 1 – 3, 2005.

PILGER, C.; MENON, M.H.; MATHIAS, T.A.F. Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**.Sep.-Oct.;19(5):1230-8, 2011.

PILGER, C.; LENTSK, M.H.; VARGAS, G; BARATIERI, T. Causas de internação hospitalar de idosos residentes em um município do paraná, uma análise dos últimos 5 anos. **R. Enferm. UFSM**. Set/Dez;1(3):394-402, 2011.

PINSONNEAULT, A.; KRAEMER, K.L. Survey research in management information systems: an assesement. **Journalof Management Information System**, 1993.

POLLO, L.S.H; ASSIS, M. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Vol. 11, 2008.

RAMOS, L.R. **Geriatrics**. In: PRADO, FC; RAMOS, J; VALLE, JR. Atualização Terapêutica. 23ª ed. São Paulo: Artes Médicas, p. 459-492, 2007.

RASCHETTI, R., MORGUTTI, M., MENNITI-IPPOLITO, F., *et al.* Suspected adverse drug events requiring emergency department visits or hospital admissions. **Eur. J. Clin. Pharmacol.**; 54(12):959-63, 1999.

RESENDE, M.C; ALMEIDA, C.P; FAVORETO, D.; MIRANDA, E.G.; DA SILVA, G.P.; VICENTE, J.F.P.; QUEIROZ, L.A.; DUARTE, P.F.; GALICIONI, S.C.P. Saúde mental e envelhecimento. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 1, pp. 31-40, jan./mar. 2011

RIBEIRO, R.C.; MARIN, H.F. Proposta de um instrumento de avaliação da saúde do idoso institucionalizado baseado no conceito do Conjunto de Dados Essenciais em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online] 2009, 62 (Abril). Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019600005>>. Acesso em: 22/07/2015.

ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica: aplicação do processo de enfermagem ao cuidado gerontológico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

ROCHA, C.H. *et al.* Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13 (Sup): 703-710, 2008.

RODRIGUES, Q.P.; DOMINGUES, P.M.L.; NASCIMENTO, E.R. Perfil sociodemográfico de puérperas usuárias do Sistema Único de Saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, abr/jun; 19(2):242-8; 2011.

RODRIGUES, R.A.P.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S.C.C.; CRUZ, I.R.; LANGE, C. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **TextoContexto Enferm.** 16(3):536-45, 2007.

ROLLASON, V.; VOGT, N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. **Drugs Aging**. 20(11): 817-32; 2003.

ROZENFELD, S. Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review. **Cad. Saúde Pública**. 19(3): 717-724, 2003.

RYAN AA. Medication compliance and older people: a review of the literature. **Int J Nurs Stud.** 36(2):153-62; 1999.

SALES, F.M.; SANTOS, I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. **Texto contexto - enferm.** vol.16 no.3 Florianópolis July/Sept. 2007.

SALGADO, C.D.S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, P.B. **Metodologia da Pesquisa**. Universidade Católica de Bras, n. 2001, p. 1–127, 2003. Disponível em: <<http://www.inf.ufes.br/~pdcosta/ensino/2010-2-metodologia-de-pesquisa/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf>>.

SANTOS, G. & SOUSA, L. Qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas: comparação da admissão com a alta do internamento. **Revista Kairós Gerontologia**, 16(2), pp.07-25. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, Março: 2013.

SECOLI, S.R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília; Jan-Fev; 63(1): 136-40, 2010.

SILVEIRA, R.E.; SANTOS, A.S.; SOUSA, M.C.; MONTEIRO, T.S.M. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein** (São Paulo) vol.11 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2013.

SIQUEIRA, A., CORDEIRO, R., PERRACINI, M., RAMOS, L.R. Impacto funcional da & internação hospitalar de pacientes idosos. **Revista de Saúde Pública**, 38(5), 687-694, 2004.

SMANIOTO, F. N.; HADDAD, M. do C. L. Avaliação da farmacoterapia prescrita a idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 523-527, jul./ago. 2013.

SOARES, N.N.; DE MARTINS CUSTÓDIO, M.R. Impactos emocionais da alteração da rotina em idosos hospitalizados. **Encontro: Revista de Psicologia**, v. 14, n. 21, p. 9-23, 2015.

SOUZA, E. A importância da família no tratamento do idoso hospitalizado. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, 21(1), 29-34, 2011.

TERRA, N.L; BÓS, A.J.G.; BONARDI, G.; DICKEL, S.G. DE FREITAS; MOHR, C.C.; MALLMANN, L.; FILHO, I.G. DA SILVA; LOPES, M.H.I.; Diferenças biopsicossociais entre idosos de instituição asilar particular e filantrópica da cidade de Porto Alegre. **Scientia Medica**. Vol. 19, nº1 pp. 3-10, 2009.

TORALL, N.; GUBERT, M.B.; SCHMITZ, B.A.S. Perfil da alimentação oferecida em instituições geriátricas do Distrito Federal. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 29-37, 2006.

TORRAQUE, C.L.M. **Avaliação do cuidado em relação o uso da farmacoterapia por idosos residentes em instituições de longa Permanência (ILPIs) em Curitiba, Brasil**. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba: Paraná. p. 85 – 93. Abril, 2015.



TRINDADE, E.M.V.; TRINDADE, A.V.; NOVAES, M.R.C.G. **Abordagem biopsicossocial ao idoso em ambiente domiciliar, familiar, institucional e hospitalar.** In: NOVAES, M.R.C.G. Assistência Farmacêutica ao Idoso. Uma abordagem multiprofissional. Brasília: Ed Thesaurus, p 71-82, 2007.

TRIOLA, Mário F. **Introdução à Estatística.** 7a. Ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

TROTTA MP, AMMASSARI A, MELZI S, ZACCARELLI M, LADISA N, SIGHINOLFI L, et al. Treatment-related factors and highly active antiretroviral therapy adherence. **J Acquir Immune Defic Syndr.** 31 (3):S128-S131; 2002.

UNFPA, Relatorio. Relatório sobre a situação da população mundial 2011. 2011.

VEEHOF, L.J.G.; STEWART, R.E.; HAAIJER-RUSKAMP, F.M. The development of polypharmacy. A longitudinal study. **Farm. Pract.** 17(3): 261-67; 2000.

VERAS, R. P. **País Jovem com Cabelos Brancos: A Saúde do Idoso no Brasil.** Rio de Janeiro:Relume-Dumará, 1994, p. 224

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 43, n.3, p. 548 – 554, jan./fev. 2009.

VERAS, R.; DUTRA, S. **Perfil do idoso brasileiro - questionário BOAS.** Rio de Janeiro: UERJ , UnATI; 2008. 100 p. [online]. [Acesso em: 23/06/2015]. Disponível em: <[http://www.crde-unati.uerj.br/liv\\_pdf/perfil.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf)>

WERDER, S.F.; PRESKORN, S.H. Managing polypharmacy: walking the fine line. **Current Psychiatry;** 2(2): 24 – 36; 2003.

ZANON, R.R.; MORETTO, A.C.; RODRIGUES, R.L. Envelhecimento populacional e mudanças no padrão de consumo e na estrutura produtiva brasileira. **R. Bras. Est. Pop.,** Rio de Janeiro, v. 30, Sup., p. S45-S67, 2013.

## APÊNDICES

**APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO – IDOSOS**

**QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO – IDOSOS****Paciente n.º:** \_\_\_\_\_**Idade:** \_\_\_\_\_**Sexo:** ☐ feminino ☐ masculino**Naturalidade:** \_\_\_\_\_**Etnia:** ☐ branco ☐ negro ☐ indígena ☐ pardo ☐ outros**Estado civil:** ☐ solteiro ☐ casado ☐ divorciado ☐ viúvo ☐ separado**Possui filhos? Quantos?** \_\_\_\_\_**Com quem mora:** ☐ cônjuge ☐ familiares ☐ sozinho ☐ filhos ☐ outros**Escolaridade:** ☐ fundamental incompleto ☐ fundamental completo ☐médio incompleto ☐ médio completo ☐ superior incompleto ☐ superiorcompleto ☐ pós-graduação**Recebe aposentadoria:** ☐ sim ☐ não**Continua trabalhando?** ☐ sim ☐ não**Profissão atual:** \_\_\_\_\_**Renda mensal:** ☐ Inferior a 1 salário mínimo ☐ 1 salário mínimo ☐ 2salários mínimos ☐ 3 salários mínimos ☐ Superior a 3 salários mínimos**Possui religião?** ☐ sim ☐ não

**APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Prof. Dr. Roberto Pontarolo, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nilce Nazareno da Fonte e mestrandas Yohanna Ramires da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o (a) Senhor (a), paciente idoso (a) institucionalizado, hospitalizado ou residente em comunidade a participar de um estudo intitulado “Estudo do perfil de saúde de pacientes idosos institucionalizados, hospitalizados e residentes em comunidade na cidade de Curitiba-PR”. Em razão da alta complexidade em cuidar e as lacunas que envolvem o tratamento de pessoas com idade avançada surgiu a necessidade da presente pesquisa para aumentar a qualidade do cuidado em saúde de pessoas idosas atendidas por diferentes instituições de cuidado em saúde.

a) O objetivo desta pesquisa é conhecer as condições vividas por pacientes idosos atendidos por diferentes instituições de cuidado em Curitiba, Paraná, referentes a estado de saúde, utilização de medicamentos e qualidade de vida, buscando entender como e onde estão as principais lacunas no cuidado desta parcela da população, a qual se encontra em franco crescimento.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário passar por uma entrevista direta com a pesquisadora Yohanna Ramires, com o objetivo de responder dois diferentes questionários (um sobre estado de saúde física e mental e outro sobre qualidade de vida) e algumas informações sobre dados sócios demográficos, como profissão e escolaridade. Ainda, algumas informações serão coletadas de seu prontuário e fichas médicas. O anonimato entre os participantes será mantido, de forma que apenas os pesquisadores saberão quem forneceu cada uma das respostas. Sendo assim, o (a) Senhor (a) não saberá quem são os outros participantes envolvidos, e eles não saberão que o (a) Senhor (a) faz parte da pesquisa;

c) Para participar da entrevista e responder aos questionários o (a) Senhor (a) deverá se encontrar em local tranquilo e, minimamente, reservado, para que não seja exposto a qualquer situação desagradável que interfira em suas respostas. Sendo que o preenchimento total de todos os questionários levará aproximadamente 45 minutos.

d) É possível que o (a) Senhor (a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado a constrangimento durante a entrevista ou ao fato de que informações de cunho pessoal serão acessadas.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser, ainda que minimamente, a quebra a confidencialidade de informações obtidas em fichas médicas e prontuários e o constrangimento em momentos da entrevista.

f) O principal benefício esperado com essa pesquisa é que a mesma permita uma melhor compreensão do perfil de saúde da população idosa na cidade de Curitiba-PR, bem como de suas principais fragilidades e necessidades. Embasando as autoridades competentes para uma análise crítica das atuais legislações, guiando-os as decisões mais acertadas referentes ao cuidado desta população singular. Desta forma, os pacientes idosos serão beneficiados com o acesso aos melhores níveis de cuidado e qualidade dos serviços recebidos, com base na evidência científica gerada pela presente pesquisa. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

g) Os pesquisadores Prof. Dr. Roberto Pontarolo, Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Nilce Nazareno da Fonte e mestrandia Yohanna Ramires, responsáveis por este estudo poderão ser localizados na Av. Pref. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico - CAMPUS III da UFPR, Setor de Ciências da Saúde, Departamento de Farmácia, Laboratório de Controle de Qualidade I, pelo telefone (41) 3360-4095 (das 9h às 17h) ou pelo e-mail yohanna.ramires@gmail.com, no horário das 09h00min às 17h00min horas para esclarecer eventuais dúvidas que o (a) senhor (a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se o (a) senhor (a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal: Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE: Orientador:
--

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como o orientador e co-orientador da pesquisa, autoridades sanitárias e administradores das instituições de cuidado em saúde. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

j) O material obtido, isto é, os questionários e informações coletadas de prontuários, serão utilizados unicamente para essa pesquisa e serão destruídos/descartados, através de incineração, ao término do estudo, dentro de cinco anos.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa como o deslocamento dos pesquisadores até as instituições de cuidado e a reprodução dos questionários e formulários para coleta de dados não são de sua responsabilidade e o (a) senhor (a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código, por exemplo, "paciente 17" para que a sua identidade seja mantida em sigilo durante todos os momentos pós-coleta do presente estudo.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.



Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

---

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

**APÊNDICE 3 – QUESTÕES SOBRE AUTO-PERCEPÇÃO DE VIDA  
COTIDIANA DOS IDOSOS**

1 - Quais aspectos da vida cotidiana exercem maior impacto e importância na sensação de bem-estar?

2 - O quanto perceber-se com saúde impacta no seu cotidiano?

3 - Desde que começou a ser atendido por esta instituição de cuidado, o(a) senhor(a) percebeu alguma alteração emocional?

## **ANEXOS**

**ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO BOAS (BRAZIL OLD AGE SCHEDULE)–  
SEÇÕES A SEREM UTILIZADAS**

## SAÚDE FÍSICA

**1.Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está:**

1. Ótima
2. Boa
3. Ruim
4. Péssima
8. N.S./N.R.

**2.Em comparação com os últimos 5 anos, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde hoje é:**

1. Melhor
2. Mesma coisa
3. Pior
8. N.S./N.R.

**3.Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está:**

1. Melhor
2. Igual
3. Pior
8. N.S./N.R.

**4.Atualmente o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde ?**

1. Sim
2. Não(Vá p/ 5 e marque N.A. na 4)
8. N.S./ N.R.

**4a. Quais são os principais problemas de saúde que o(a) Sr.(a) está enfrentando?**

**NA NS/NR**

- |         |    |    |
|---------|----|----|
| 1)..... | 97 | 98 |
| 2)..... | 97 | 98 |
| 3)..... | 97 | 98 |

**4b.Há quanto tempo?**

**MESES 96 MESES NA**

**OU MAIS**

- |         |    |    |    |
|---------|----|----|----|
| 1)..... | 96 | 97 | 98 |
| 2)..... | 96 | 97 | 98 |
| 3)..... | 96 | 97 | 98 |

**4c. Este problema de saúde atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer coisas que precisa ou quer fazer ?**

1. Sim
2. Não

7. N.A.
8. N.S./N.R.

**5.Por favor, responda se o(a) Sr.(a) sofre de algum destes problemas:**

**SIM NÃO NS/NR**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| a. Problema nos pés que inibe sua mobilidade                | 1 | 2 | 8 |
| b. Problemas nas articulações dos braços, mãos, pernas, pés | 1 | 2 | 8 |
| c. Falta algum braço, mão, perna, pé                        | 1 | 2 | 8 |

**5a. O Sr.(a) recebeu alguma ajuda, tratamento de reabilitação ou alguma outra terapia para este problema ?**

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**6.O(a) Sr.(a) teve alguma queda(tombo) nos últimos 3 meses ?**

1. Sim
2. Não (Vá p/ 7 e marque N.A. na 6a e b.)
8. N.S./N.R.

**6a. O(a) Sr. pode se levantar sozinho(a) do chão ?**

1. Sim (Vá para Q. 7 e marque N.A. na 6b.)
2. Não
7. N.A.
8. N.S./ N.R.

**6b. Quanto tempo o(a) Sr.(a) ficou no chão até receber ajuda? ..... minutos**

997. N.A.

998. N.S./N.R.

**7.Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua visão (com ou sem a ajuda de óculos) está:**

0. (o entrevistado é uma pessoa cega)
1. Ótima (Vá para Q. 8 e marque N.A. na 7a.)
2. Boa (Vá para Q. 8 e marque N.A. na 7a.)
3. Ruim

4. Péssima
8. N.S./N.R.

**7a. Este seu problema de visão atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer as coisas que o(a) Sr.(a) precisa / quer fazer ?**

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**8. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua audição (com ou sem a ajuda de aparelhos) está:**

1. Ótima (Vá para 9 e marque N.A. na 8a.)
2. Boa (Vá para Q. 9 e marque N.A. na 8a.)
3. Ruim
4. Péssima
8. N.S./N.R.

**8a. Este seu problema de audição atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer as coisas que o(a) Sr.(a) precisa / quer fazer ?**

1. Sim
2. Não
1. N.A.
2. N.S./N.R.

**9. Em geral, qual é o estado dos seus dentes?**

1. Ótimo
2. Bom
3. Ruim
4. Péssimo
8. N.S./N.R.

**10. Está faltando algum dos seus dentes?**

1. Não está faltando dente
2. Poucos dentes estão faltando
3. A maioria ou todos os dentes estão faltando
8. N.S./N.R.

**11. O(a) Sr.(a) tem algum dente postiço, dentadura, ponte...?**

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

**12. O(a) Sr.(a) tem algum problema de dente que lhe atrapalha mastigar os alimentos?**

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

Com o passar da idade é bastante normal aparecerem alguns problemas de bexiga ou intestino. Eu gostaria de lhe fazer duas perguntas sobre este assunto.

**13. Aconteceu com o senhor de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente; seja porque não deu tempo de chegar ao banheiro, ou quando está dormindo; ou quando tosse ou espirra, ou faz força?**

1. Sim
2. Não (Vá para Q. 14 e marque N.A. na 13a.)
8. N.S./N.R.

**13a. Com que frequência isso acontece?**

1. Uma ou duas vezes por dia
2. Mais de duas vezes por dia
3. Uma ou duas vezes por semana
4. Mais do que duas vezes por semana
5. Uma ou duas vezes por mês
6. Mais de duas vezes por mês
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**14. Observação do Entrevistador: Há sinais de incontinência?(cheiro de urina)**

1. Sim
2. Não

## SAÚDE MENTAL

É bastante comum as pessoas terem problemas de memória quando começam a envelhecer. Deste modo, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre este assunto. Algumas perguntas talvez não sejam apropriadas para o(a) Sr.(a), outras bastantes inadequadas. No entanto, eu gostaria que o(a) Sr.(a) levasse em conta que tenho que fazer as mesmas perguntas para todas as pessoas.

**15. Esta pesquisa está sendo realizada pela UFPR – Universidade Federal do Paraná. Eu gostaria que o(a) Sr.(a)**

**repetisse para mim este nome e guardasse na memória.**

1. Repete UFPR ou algo próximo
2. Não consegue/não repete/não responde

**16. Em que ano o(a) Sr.(a) nasceu?**

Ano do nascimento:.....

1. Ano do nascimento aparentemente correto
2. Informa ano do nascimento que: não corresponde à impressão do observador; ou é inconsistente com a data anteriormente obtida; ou é obviamente errada; ou não sabe ou fornece resposta incompleta.

**17. Qual é o endereço de sua casa?**

1. Informa endereço correto
2. Informa endereço incorreto; ou não sabe ou fornece informação incompleta.

**18. Há quanto tempo o(a) Sr(a) mora neste endereço?..... anos**

1. Informação sobre tempo de residência aproximadamente correto/plausível
2. Informa tempo de residência obviamente errado, ou não sabe.

**19.O(a) Sr.(a) sabe o nome do atual presidente do Brasil?**

**Registre:.....**

1. Nome do presidente correto/quase correto
2. Informa nome incorreto ou não recorda nome do presidente

**20.Em que mês do ano nós estamos?**

Mês do ano:.....

1. Mês correto
2. Informa incorretamente o mês ou não sabe

**21.Em que ano nós estamos?**

**Registre:.....**

1. Ano correto

2. Informa incorretamente o ano ou não sabe

**22.Eu gostaria que o(a) Sr.(a) colaborasse, fazendo alguns pequenos exercícios. O(a) Sr.(a) poderia colocar as mãos sobre os seus joelhos?**

SIM NÃO

- a. Por favor, toque com a mão direita o seu ouvido direito
 

1	2
---	---
- b. Agora com a mão esquerda o seu ouvido 2direito
 

1	
---	--
- c. Agora com a mão direita 1 seu ouvido esquerdo
 

1	2
---	---

**23.O(a) Sr.(a) se lembra do nome da Universidade que está realizando esta pesquisa?**

**Registre:.....**

1. UFPR – Universidade Federal do Paraná (ou algo próximo)
2. Não se lembra ou fornece outros nomes

Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito de como o(a) Sr.(a) vem se sentindo ultimamente em relação a certas coisas. Eu gostaria de começar perguntando sobre suas últimas quatro semanas.

**24.O(a) Sr.(a) sentiu-se solitário(a) durante o último mês?**

1. Sim
2. Não (Vá para Q.25 e marque N.A. na Q.24a.)
3. N.S./N.R.

**24a. Com que frequência o(a) Sr.(a) se sentiu solitário(a)?**

1. Sempre
2. Algumas vezes
7. N.A



8. N.S./N.R.

pensamento depressivo

**25. O Sr.(a) esteve preocupado durante o último mês?**

1. Sim
2. Não (Vá para Q.26 e marque N.A. na Q.25a.)
8. N.S./N.R.

**25a. O(a) Sr.(a) esteve preocupado(a) no último mês em relação a que tipo de coisa?**

O(a) Sr.(a) diria que se preocupa em relação a quase tudo?

Registre:.....

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**26.O(a) Sr.(a) tem alguma dificuldade para dormir?**

Entrevistador: Se o entrevistado não tem dificuldade para dormir, marque NÃO na opção "a" e N.A. na opção "b". Se ele tiver dificuldade em dormir, continue a questão, sondando, como se segue:

O que impede o(a) Sr.(a) de dormir ou lhe faz acordar no meio da noite?

O que é que o(a) Sr.(a) fica pensando quando está acordado na cama?

O(a) Sr.(a) tem problema em dormir porque se sente tenso(a) ou preocupado(a)?

Ou porque o(a) Sr.(a) se sente deprimido(a)?

Ou devido a outras razões?

**SIM NÃO NA**

**NS/NR**

- |                            |   |   |   |
|----------------------------|---|---|---|
| a. Dificuldade para dormir | 1 | 2 | 8 |
| b. Dificuldade para dormir |   |   |   |
| devido a preocupação ou    | 1 | 2 | 8 |
| ansiedade, depressão ou    |   |   |   |

**27.O(a) Sr.(a) teve dor de cabeça no mês passado?**

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

**28.O(a) Sr.(a) tem se alimentado bem no último mês?**

1. Sim (Vá para Q.29 e marque N.A. na Q.28a.)
2. Não
8. N.S./N.R.

**28a. Qual é o motivo do(a) Sr.(a) não estar se alimentando bem?**

Registre:.....

1. Não tem se alimentado bem por falta de apetite ou por estar deprimido(a) preocupado(a)/nervoso(a)
2. Outras razões
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**29.O(a) Sr.(a) sente que está ficando mais lento(a) ou com menos energia?**

1. Sim
3. Não (Vá p/ 30 e marque N.A. na 29a, b e c)
8. N.S./N.R.

**29a. Em alguma hora do dia o(a) Sr.(a) se sente mais lento(a) ou com menos energia?**

0. Mais lento(a), com menos energia no período da manhã
1. Mais lento(a), com menos energia em outros períodos do dia ou não especifica período determinado.
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**29b.No último mês o(a) Sr.(a) tem estado com menos energia ou como de costume?**

1. Com menos energia
2. Como de costume ou com mais energia
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**29c.Atualmente o(a) Sr.(a) sente falta de energia para fazer suas coisas no seu dia-a-dia?**

1. Sim, sinto falta de energia
2. Não, não sinto falta de energia
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**30. Durante o último mês o(a) Sr.(a) se sentiu mais irritado(a)/zangado(a) do que de costume?**

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

**31.O(a) Sr.(a) sai de casa sempre que precisa ou quer sair?**

1. Sim (Vá para Q.32 e marque N.A. na Q.31a.)
2. Não
8. N.S./N.R.

**31a. Como o(a) Sr.(a) se sente a respeito?**

**Registre:.....**

1. Fica chateado(a)/ aborrecido(a)
2. Não fica chateado(a)/ aborrecido(a)
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**32.O(a) Sr.(a) tem se sentido triste ou deprimido(a) durante o último mês?**

1. Sim

2. Não (Vá p/ 33 e marque N.A. na 32a, b e c)

8. N.S./N.R.

**32a. O(a) Sr.(a) tem se sentido desta maneira por um período de apenas poucas horas (ou menos) ou este estado se mantém por mais tempo?**

1. Triste ou deprimido(a) por um período maior que poucas horas
2. Triste ou deprimido(a) por um período de poucas horas ou menos
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**32b.Quando o(a) Sr.(a) está se sentindo triste ou deprimido(a) a que horas do dia o(a) Sr.(a) se sente pior?**

1. Pior no início do dia
2. Pior em outros períodos ou em nenhum período particular
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**32c. O(a) Sr.(a) tem sentido vontade de chorar?**

Entrevistador: Em caso afirmativo pergunte: o(a) Sr.(a) chorou no último mês?Em caso negativo, anote a resposta Não.

**Registre:.....**

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**33.Alguma vez durante o mês o(a) Sr.(a) sentiu que viver não valia a pena?**

1. Sim
2. Não (Vá p/ Q.34 e marque N.A. na 33a. e 33b.)
8. N.A.

**33a. No último mês o(a) Sr.(a) alguma vez sentiu que seria melhor estar morto(a)?**

1. Sim
2. Não (Vá para Q.34 e marque N.A. na Q.33b.)
0. N.A.
1. N.S./N.R.

**33b.O(a) Sr.(a) pensou em fazer alguma coisa para acabar com sua vida?**

**Entrevistador:** Em caso negativo marque resposta 1, caso afirmativo, pergunte:

- a. Com que frequência o(a) Sr.(a) teve este pensamento?
- b. O que o(a) Sr.(a) pensou em fazer para acabar com sua vida?
- c. O(a) Sr.(a) chegou a tentar acabar com sua vida?
1. Rejeita suicídio
2. Apenas pensamentos suicidas
3. Considerou seriamente um método de suicídio mas não o pôs em prática
4. Tentou suicídio
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**34.O(a) Sr.(a) tem algum arrependimento em relação aos anos anteriores da sua vida?**

**Entrevistador:** Caso negativo marque resposta 0, caso afirmativo pergunte: Existe alguma coisa que o(a) Sr(a) se culpa? O que? O(a) Sr.(a) pensa bastante no assunto?

0. Sem arrependimento
1. Arrepende-se mas não se culpa
2. Arrepende-se, culpa-se mas atualmente não pensa no assunto
3. Arrepende-se, culpa-se e pensa bastante sobre o assunto
8. N.S./N.R.

**35.Quando o(a) Sr.(a) olha para o futuro, como o(a) Sr.(a) se sente, quais são as suas expectativas para o futuro?**

1. Menciona expectativas e pensa no futuro
2. Não menciona expectativas mas também não refere a nenhuma afirmação negativa
3. O futuro é descrito negativamente ou amedrontador ou insuportável
8. N.S./N.R.

**36.Atualmente o(a) Sr.(a) sente que perdeu o interesse ou a satisfação pelas coisas?**

1. Sim
2. Não (Vá para Q.37 e marque N.A. na Q.36a.)
8. N.S./N.R.

**36a. O que o(a) Sr.(a) acredita ser a causa disto?**

**AVERIGUAR:** isso é por que o(a) Sr.(a) tem se sentido doente, deprimido(a) ou nervoso(a)?

1. Perda de interesse causada por depressão/nervosismo
2. Perda de interesse causada por outros motivos
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**37. De um modo geral, o(a) Sr.(a) se sente feliz nos dias atuais?**

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

**ENTREVISTADOR: LEIA PARA O(A) ENTREVISTADO(A) O PARÁGRAFO SEGUINTE:**

Algumas pessoas como o(a) Sr.(a) que foram entrevistadas nesta pesquisa vão ser reentrevistadas numa outra ocasião. No caso de o(a) Sr.(a) ser uma das pessoas escolhidas (esta escolha, procedida através de sorteio) eu gostaria de pedir a sua

permissão para uma nova entrevista. Esclareço que essa nova entrevista, se ocorrer, será bem pequena e eu estarei acompanhando(a) por um(a) outro(a) colega de equipe. Para isto eu gostaria de solicitar sua permissão para um novo possível contato. O(a) Sr.(a) poderia me informar seu nome completo

( \_\_\_\_\_ ) e, caso o(a) Sr.(a) tenha o número de

2. Não (Vá para Q.6 e marque N.A. nas Qs.5a. e 5b.)

**5a. Você diria que a presença de uma outra pessoa afetou a qualidade da**

**entrevista em algum aspecto importante?**

1. Sim

2. Não

7. N.A.

**Muito obrigado(a) pela sua colaboração.**

**O(a) Sr.(a) tem alguma pergunta que gostaria de fazer?**

**O(a) Sr.(a) gostaria de acrescentar alguma coisa a mais sobre o que já mencionou?**

**5b. Que efeito a presença desta pessoa teve na qualidade da entrevista?**

1. Positiva

2. Negativa

7. N.A.

**6. Por favor, faça alguma outra observação sobre a entrevista que você julga importante.**

## IX. AVALIAÇÃO DO ENTREVISTADOR

Estas perguntas deverão ser respondidas pelo entrevistador imediatamente após deixar a residência do(a) entrevistado(a)

**1. Tempo de duração da entrevista.....minutos**

**2. No geral, as respostas são confiáveis?**

1. Sim

2. Não

**3. No geral, o(a) entrevistado(a) entendeu as perguntas formuladas?**

1. Sim

2. Não

**4. Qual foi a reação do entrevistado com a entrevista:**

1. Positiva

2. Negativa

**5. Durante a entrevista, havia alguma outra pessoa presente:**

1. Sim

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO ENTREVISTADOR

**ANEXO 2 – INDICE DE COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA**

## ÍNDICE DE COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA (ICFT)

Paciente:

Data:

Número total de medicamentos:

Instruções:

1. O ICFT aplica-se às medicações prescritas e às medicações indicadas pelo farmacêutico. Todos os medicamentos avaliados devem ter suas avaliações baseadas exclusivamente em informações da bula/monografia (oficial) ou da prescrição médica (momento da dispensação ou da alta hospitalar). Nenhuma suposição deve ser feita com base no julgamento clínico de quem está preenchendo.
2. Existem três seções neste índice (A, B e C). Complete cada seção antes de prosseguir para a próxima. No final, some os pontos obtidos nas três seções para obter o ICFT.
3. Quando a mesma medicação (mesmo princípio ativo e mesma dosagem) estiver presente na farmacoterapia mais de uma vez em diferentes concentrações (por exemplo, Marevan 5 mg, 3 mg e 1 mg), deverá ser considerada uma só medicação.
4. Nos casos em que a dosagem é opcional, escolha as instruções com a menor dose/freqüência (por exemplo, Aerolinspraybombinha 1-2 jatos, 2-3 vezes por dia, terá pontos para 'inaladores de dose medida [bombinha]', '2x dia' e 'dose variável', mas não para 'múltiplas unidades ao mesmo tempo').
5. Em alguns casos a freqüência de dose precisa ser calculada (por exemplo, Ranitidina 1 manhã e 1 noite = 2x dia).
6. Em determinadas instruções, como 'usar conforme indicado', o regime não receberá a pontuação sobre a freqüência de dose (por exemplo, Prednisolona 5 mg uso conforme indicado).
7. Caso exista mais de uma instrução de freqüência de dose para o mesmo medicamento, ele deverá ser pontuado para todas as instruções de freqüência de dose (por exemplo, Aerolin spray-bombinha 2 jatos 2x por dia e quando necessário deverá ser pontuado para 'inaladores de dose medida [bombinha]', '2x dia', 'S/N' e também como 'múltiplas unidades ao mesmo tempo').
8. Situações em que duas ou mais medicações são mutuamente exclusivas precisam ser pontuadas duas ou mais vezes com a freqüência de dose recomendada e como 'S/N' (por exemplo, Aerolin spray-bombinha ou Aerolin solução para nebulização duas vezes por dia obterá pontuação das formas de dosagem tanto para 'inaladores de dose medida' como para 'nebulizador', e precisa ser pontuada duas vezes para '2x dia S/N').
9. Casos em que não exista uma opção adequada, escolha a opção mais aproximada da realidade do paciente (por exemplo, 'seis vezes por dia' pode ser considerado como '4/4 h')

Obs.: S/N = se necessário.

A) Circule o peso correspondente para cada forma de dosagem presente na farmacoterapia (SOMENTE UMA VEZ):

Formas de Dosagem		Peso
Oral	Cápsulas/Comprimidos	1
	Gargarejos/Colutórios	2
	Gomas/Pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/Grânulos	2
	Spray/Comprimidos sublinguais	2
Tópico	Cremes/Géis/Pomadas	2
	Emplastros	3
	Tinturas/Soluções de uso tópico	2
	Pastas	3
	Adesivos transdérmicos/patches	2
	Spray de uso tópico	1
Ouvidos, olhos e nariz	Gotas/Cremes/Pomadas para o ouvido	3
	Colírios/ gotas para os olhos	3
	Géis/Pomadas para os olhos	3
	Gotas/Cremes/Pomadas nasais	3
	Spray nasal	2
Inalação	Accuhalers (pó seco para inalação/diskus)	3
	Aerolizers (cápsulas para inalação)	3
	Inaladores de dose medida (bombinha)	4
	Nebulizador (ar comprimido/ultra-sonico)	5
	Oxigênio/concentrador	3
	Turbuhalers (pó seco para inalação)	3
	Outros inaladores de pó seco	3
Outros	Fluido para diálise	5
	Enemas	2
	Injeções: Pré-carregadas	3
	Ampolas/Frascos-ampolas	4
	Supositórios/óvulos vaginais	3
	Analgesia controlada pelo paciente	2
	Supositório	2
	Cremes vaginais	2
Total Seção A		

B) Para cada medicação da farmacoterapia marque [√] no quadro correspondente, com sua frequência de dose. Então, some o número de [√] em cada categoria (frequência de dose) e multiplique pelo peso determinado para essa categoria. Nos casos em que não exista uma opção exata, escolher a melhor opção.

Frequência da Dose	Medicações	Total	Peso	Total x Peso
1 x ao dia			1	
1 x ao dia			0,5	
2 x ao dia			2	
2 x ao dia			1	
3 x ao dia			3	
3 x ao dia			1,5	
4 x ao dia			4	
4 x ao dia			2	
12/12 h			2,5	
12/12 h			1,5	
8/8 h			3,5	
8/8 h			2	
6/6 h			4,5	
6/6 h			2,5	
4/4 h			6,5	
4/4 h			3,5	
2/2 h			12,5	
2/2 h			6,5	
S/N			0,5	
Dias alternados ou < freq.			2	
Oxigênio S/N			1	
Oxigênio < 5h			2	
Oxigênio > 15h			3	
Total seção B				



C) Marque [✓] no quadro que corresponde às instruções adicionais, caso presentes na medicação. Então, some o número de [✓] em cada categoria (instruções adicionais) e multiplique pelo peso correspondente da categoria.

Instruções adicionais	Medicações	Total	Peso	Peso x N. medicações
Partir ou triturar o comprimido			1	
Dissolver o comprimido/pó			1	
Múltiplas unidades ao mesmo tempo (Ex. 2 comp., 2 jatos)			1	
Dose variável (Ex. 1-2 cápsulas, 2-3 jatos)			1	
Tomar/usar em horário específico ( Ex. Manhã, noite)			1	
Relação com alimentos (Ex. com alimento, antes ou depois das refeições)			1	
Tomar com líquido específico			1	
Tomar/usar conforme indicado			2	
Reduzir ou aumentar a dose progressivamente			2	
Doses alternadas (Ex. 1 manhã e 2 noite, ½ em dias alternados)			2	
Total seção C				

**Total da complexidade da farmacoterapia =**

### **ANEXO 3 - WHOQOL – ABREVIADO (WHOQOL-Bref)**

## QUALIDADE DE VIDA: QUESTIONÁRIO WHOQOL – ABREVIADO

Paciente:

Data:

Instruções:

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as quatro últimas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem um nem o outro	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
		Nada	Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) lhe impede de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem	Bom	Muito bom

				bom		
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem um nem o outro	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

**ANEXO 4 - WHOQOL-OLD**

Instruções:

**ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF**

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor, escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta. Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve responder o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro.

Por favor, leia cada questão, pense no que sente e escolha o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

		Nada	Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	1	2	3	4	5
2	Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	1	2	3	4	5
3	Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	1	2	3	4	5
4	Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	1	2	3	4	5
5	O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	1	2	3	4	5
6	Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	1	2	3	4	5
7	O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	1	2	3	4	5
8	O quanto você tem medo de morrer?	1	2	3	4	5
9	O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	1	2	3	4	5
		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	1	2	3	4	5
11	Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	1	2	3	4	5
12	Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	1	2	3	4	5
13	O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	1	2	3	4	5
14	O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem um nem o outro	Satisfeito	Muito satisfeito
15	Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida	1	2	3	4	5
16	Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	1	2	3	4	5
		Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
19	Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	1	2	3	4	5
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
20	Como você avaliaria o funcionamento dos seus	1	2	3	4	5

	sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?					
		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
21	Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	1	2	3	4	5
22	Até que ponto você sente amor em sua vida?	1	2	3	4	5
23	Até que ponto você tem oportunidades para amar?	1	2	3	4	5
24	Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!



**ANEXO 5 – TERMO DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA UFPR**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Perfil de saúde de pacientes idosos institucionalizados, hospitalizados e residentes em comunidade na cidade de Curitiba, PR

**Pesquisador:** Yohanna Ramires

**Área**

**Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 49336215.0.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.363.843

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma avaliação qualitativa e quantitativa a ser realizada pelo método de pesquisa survey, de cunho observacional, com propósito descritivo e analítico e número de momento corte-transversal.

O tema central do estudo é “Perfil de saúde de pacientes idosos institucionalizados, hospitalizados e residentes em comunidade na cidade de Curitiba, PR” sob a responsabilidade da pesquisadora Yohanna Ramires, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Paraná, com a orientação do Professor Dr. Roberto Pontarolo e da Professora Dra. Nilce Nazareno da Fonte (co-orientadora).

#### Objetivo da Pesquisa:

O projeto de pesquisa tem como objetivo geral “Conhecer o perfil de saúde de idosos

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefon** (41)3360-

**E-mail:**

**e:** 7259

cometica.saude@ufpr.br

Continuação do Parecer: 1.363.843

institucionalizados, hospitalizados e residentes na comunidade da cidade de Curitiba, no estado do Paraná". Apresenta os seguintes objetivos específicos:

"-Realizar um levantamento bibliográfico acerca dos idosos no Brasil e no mundo.

-Traçar o perfil sócio-demográfico de pacientes idosos institucionalizados, hospitalizados e na comunidade. - Conhecer o estado de saúde dos pacientes pertencentes à amostra.

-Avaliar a complexidade da farmacoterapia dos pacientes idosos das instituições de cuidado em saúde e dos residentes na comunidade.

- Determinar a qualidade de vida desta população nas diferentes instituições de cuidado e na comunidade. -Confrontar a percepção dos pacientes quanto ao seu estado de saúde com suas reais condições clínicas. -Comparar as condições pontuadas acima em ILPI, na comunidade e em hospitais especializados e conhecer as lacunas no processo de cuidado da saúde de idosos.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador relata que "pode existir constrangimento e desconforto por parte do participante no momento da entrevista, aplicação do TCLE e instrumentos, tendo sido informado às medidas e cuidados para preservar a integridade, privacidade e anonimato dos participantes, assim como os esclarecimentos acerca da pesquisa e eventuais dúvida."

O pesquisador destaca os benefícios do estudo, descritos a seguir:

- "Os resultados permitirão uma melhor compreensão do perfil de saúde da população idosa atendida em diferentes instituições de cuidado em saúde na cidade de Curitiba-PR, bem como de suas principais fragilidades e necessidades."

-"Os resultados do estudo visam gerar dados consistentes aos gestores públicos para a análise crítica de atuais legislações, guiando-os as decisões mais acertadas referentes ao cuidado desta população singular." Desta forma, "os pacientes idosos serão beneficiados com o acesso aos melhores níveis de cuidado e qualidade dos serviços recebidos, com base na evidência científica gerada pela presente pesquisa."

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefon**  
**e:** (41)3360-  
7259

**E-mail:**  
cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.363.843

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A contextualização do estudo pauta-se na literatura atualizada e relevante à temática abordada, apropriada aos objetivos do estudo.

Participam do estudo três Instituições Co-participantes: “Cristã Mennonita – Lar Betesda”, “Hospital do Idoso Zilda Arns” e “Unidade Básica de Saúde Tapajós”, na cidade de Curitiba, Paraná.

“Os participantes do estudo são idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos institucionalizados, hospitalizados e residentes em comunidade de três instituições co-participantes da cidade de Curitiba, estado do Paraná.”

A coleta de dados será realizada mediante entrevista semiestruturada, compostas de perguntas abertas e fechadas, sobre aspectos sociodemográficos, condições de saúde física e mental, farmacoterapia utilizada e qualidade de vida, ainda serão coletadas informações em prontuários e fichas médicas.

Ainda serão utilizados os seguintes instrumentos: questionário “BOAS – Brazil Old Age Schedule”, : “Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT)”, na versão portuguesa validada, “WHOQOL-Abreviado (WHOQOL-Bref)” e WHOQOL-OLD”, na versão traduzida para a língua portuguesa e validada.

Os dados obtidos após a aplicação dos diferentes instrumentos serão organizados e armazenados em planilhas no software Microsoft Excel®, versão 2010.

Tamanho da amostra A definição do tamanho amostral foi feita com base na estimativa da proporção populacional, referente às características de idosos institucionalizados, visto que esta população trata-se da menos representativa dentre as que serão avaliadas no presente estudo.

Conforme informado “o número amostral total do estudo será de 282 idosos, sendo que cada um dos grupos em estudo (idosos institucionalizados, hospitalizados e residentes em comunidade) deverá ser composto por aproximadamente 94 indivíduos.”

Análise dos Resultados Para a análise dos resultados, será utilizado o software STATISTICA (Stat Soft, Tulsa – USA, versão 10.0).

Após aplicação da estatística descritiva e do teste de normalidade de Kolmogorov – Smirnov serão determinados os testes estatísticos mais recomendados a serem realizados para comparação, diferença e associação entre os grupos estudados.

Forma de Recrutamento O pesquisador refere os critérios utilizados para o recrutamento dos participantes: “Os participantes serão convidados a participar da presente pesquisa após contato inicial com os

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.363.843

administradores das instituições de cuidado em saúde, que devem fornecer autorização para coleta de dados no local.”

“Os participantes serão recrutados através de amostragem por conveniência, onde os idosos que estiverem na instituição de cuidado ao mesmo tempo em que a pesquisadora, isto é, de segunda a sexta das 09:00 as 17:00 horas, conforme cronograma, e se enquadrarem nos critérios de inclusão, serão convidados a participar do estudo.”

**Crerios de Inclusão e Exclusão** Os critérios de inclusão foram assim estabelecidos: “idade igual ou superior a 60 anos; idosos institucionalizados, hospitalizados e residentes em comunidade de trs instituições co-participantes da cidade de Curitiba, estado do Paraná.”

Os critérios de exclusão são: pacientes que possuam capacidade cognitiva comprometida e que não estejam acompanhados de familiares ou cuidadores, ou que estes não autorizem a participação do indivíduo na pesquisa.

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** Os ajustes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram efetuados em relação às medidas para minimizar os riscos e benefcios, relação dos integrantes do projeto de pesquisa, tempo previsto para aplicação dos questionários, endereço institucional e horário comercial de disponibilidade dos pesquisadores e adequação as normas do CEP/SD da UFPR.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto apresenta todos os termos e documentos requeridos.

**Recomendações:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.363.843

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_587856.pdf	03/12/2015 13:22:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CRONOGRAMA_CORRIGIDO.docx	03/12/2015 13:21:36	Yohanna Ramires	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	PENDENCIAS_SEGUNDA_RESPOSTA.docx	03/12/2015 13:21:19	Yohanna Ramires	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_FINAL_INSTITUICAO_COPARTICIPANTE_UNIDADE_SAUDE_TAPAJOS.pdf	03/12/2015 13:20:39	Yohanna Ramires	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_FINAL_INSTITUICAO_COPARTICIPANTE_LAR_BETESDA.pdf	03/12/2015 13:20:24	Yohanna Ramires	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_FINAL_INSTITUICAO_COPARTICIPANTE_HOSPITAL_ZILDA_ARNS.docx	03/12/2015 13:20:14	Yohanna Ramires	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_CORRIGIDO.docx	03/12/2015 13:19:58	Yohanna Ramires	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	PENDENCIAS_RESPOSTA.docx	06/10/2015 21:33:12	Yohanna Ramires	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO.docx	06/10/2015 21:32:51	Yohanna Ramires	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.docx	06/10/2015 21:32:34	Yohanna Ramires	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO.docx	14/09/2015 13:19:29	Yohanna Ramires	Aceito

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**telefone:** (41)3360-7259

**CEP:** 80.060-240

**Município:** CURITIBA

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

# UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Orçamento	ORCAMENTO.docx	14/09/2015 12:48:13	Yohanna Ramires	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	14/09/2015 12:41:31	Yohanna Ramires	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	14/09/2015 12:34:04	Yohanna Ramires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_CONFIDENCIALIDADE.pdf	14/09/2015 12:32:39	Yohanna Ramires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_PARA_UTILIZACAO_DADOS_DE_ARQUIVO.pdf	14/09/2015 12:32:23	Yohanna Ramires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_INICIO_DA_PESQUISA.pdf	14/09/2015 12:32:09	Yohanna Ramires	Aceito
Outros	ANALISE_MERITO_PROJETO.pdf	14/09/2015 12:31:19	Yohanna Ramires	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	14/09/2015 12:30:36	Yohanna Ramires	Aceito
Outros	OFICIO_PESQUISADOR_ENCAMINHAMENTO_PROJETO_AO_CEPSD.pdf	14/09/2015 12:30:11	Yohanna Ramires	Aceito
Outros	OFICIO_ENCAMINHANDO_ATA_DE_APROVACA.pdf	14/09/2015 12:29:17	Yohanna Ramires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_USO_ESPECIFICO_DADOS_COLETADOS.pdf	14/09/2015 12:27:46	Yohanna Ramires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_TORNAR_PUBLICO_RESULTADOS.pdf	14/09/2015 12:27:10	Yohanna Ramires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_CONCORDANCIA_ORIENTADOR_POS.pdf	14/09/2015 12:26:40	Yohanna Ramires	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CONCORDANCIA_DA_INSTITUICAO_COPARTICIPANTE_UNIDADE_SAUDE_TAPAJOS.pdf	14/09/2015 12:25:59	Yohanna Ramires	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CONCORDANCIA_DA_INSTITUICAO_COPARTICIPANTE_LAR_BETESDA.pdf	14/09/2015 12:25:44	Yohanna Ramires	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CONCORDANCIA_DA_INSTITUICAO_COPARTICIPANTE_HOSPITAL_ZILDA_ARNS.docx	14/09/2015 12:25:34	Yohanna Ramires	Aceito
Outros	CHECK_LIST_DOCUMENTAL.pdf	14/09/2015 12:22:58	Yohanna Ramires	Aceito
Outros	ATA_DE_APROVACAO.pdf	14/09/2015 12:20:47	Yohanna Ramires	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	14/09/2015 12:19:14	Yohanna Ramires	Aceito

Situação do Parecer:

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

## UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -

Continuação do Parecer: 1.363.843

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 11 de Dezembro de 2015

---

**Assinado por:**

**IDA      CRISTINA**  
**(Coordenador)**

**GUBERT**



**ANEXO 6 – TERMO DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA SECRETÁRIA  
MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA-PR**



**Secretaria Municipal da Saúde  
Centro de Educação em Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa**

## **DECLARAÇÃO**

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Yohanna Ramires, protocolou sob o número 12/2016 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "Perfil de Saúde de Pacientes Idosos Institucionalizados, Hospitalizados e Residentes em Comunidade da Cidade de Curitiba, PR".

(CAAE: 49336215.0.0000.0102).

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.

Informamos que o projeto recebeu sugestões de alteração que deverão ser comunicadas pelo pesquisador ao Comitê de Ética da Instituição Proponente.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança dos participantes nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 20 de Abril de 2016.

**Samuel Jorge Moysés**

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba



**SMS - Secretaria Municipal da Saúde – Prefeitura Municipal de Curitiba**  
Rua Atílio Bório, 680. Cristo Rei, Curitiba, PR – CEP: 80050-250  
Telefone: (41) 3360-4961 Fax: (41) 3360-4965  
CEP/CES/SMS/PMC - Email: [etica@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:etica@sms.curitiba.pr.gov.br)

